

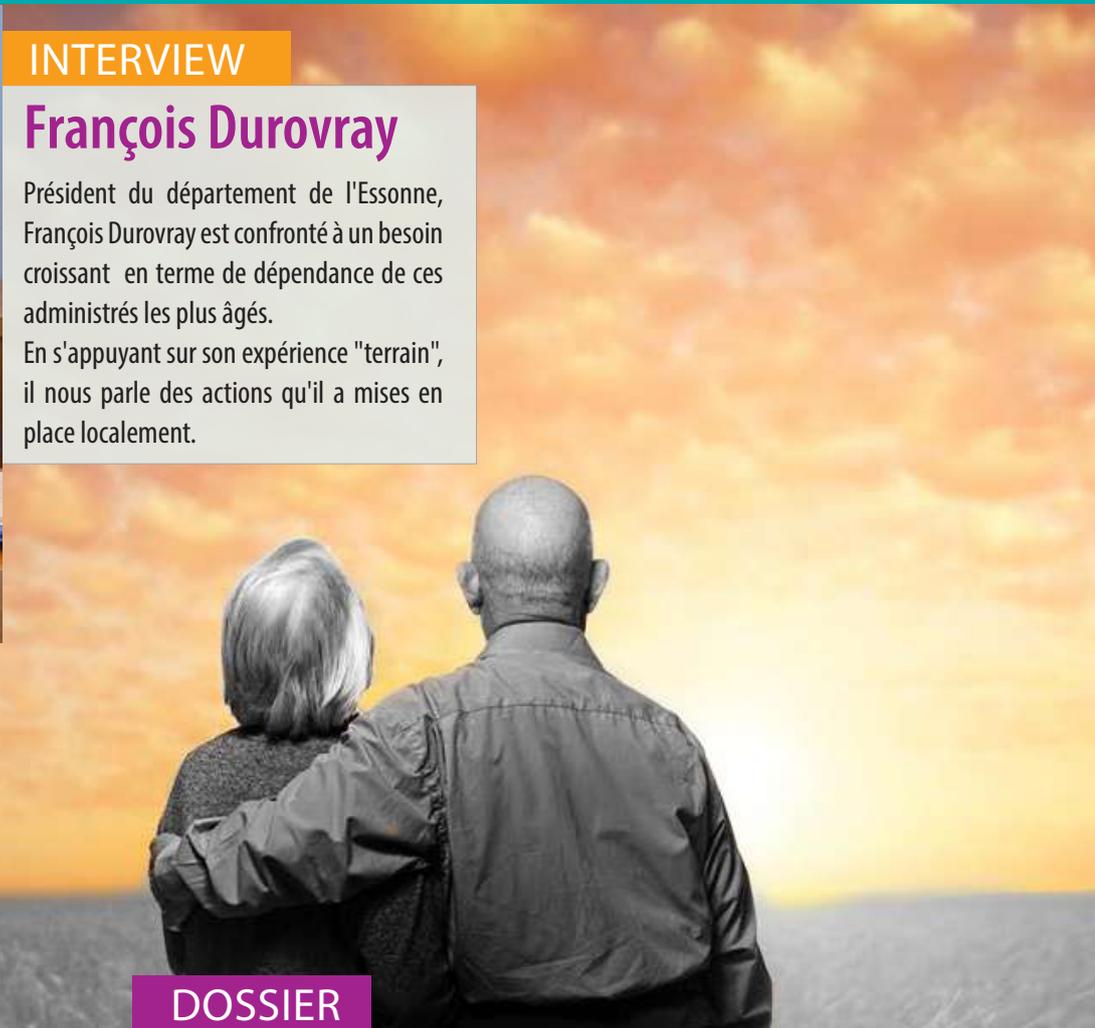


INTERVIEW

François Durovray

Président du département de l'Essonne, François Durovray est confronté à un besoin croissant en terme de dépendance de ces administrés les plus âgés.

En s'appuyant sur son expérience "terrain", il nous parle des actions qu'il a mises en place localement.



DOSSIER

ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE Les soins palliatifs dans les EHPAD

CŒUR DE METIER

- ***Tout comprendre sur la gestion de l'énergie en EHPAD***
- ***RECODE : Le protocole qui inverse la maladie d'Alzheimer et le déclin cognitif***
- ***Les nouvelles missions de la HAS***
- ***Le réseau OMERIS relève le défi du bien-manger en EHPAD***

Bon, qu'est-ce qu'on fait pour Maman ?



Restez sereins avec Bluelinea, expert de la santé et du bien-être des seniors.

Bluelinea vous aide à répondre aux besoins de vos parents en situation de perte d'autonomie.

Avec des services connectés et innovants, nous vous accompagnons pour prendre les bonnes décisions, au bon moment, pour vos parents : adaptation et amélioration du lieu de vie, maintien à domicile en toute sécurité.



Bracelet d'autonomie



Appel famille



Conseiller familial



Service 24h/24 7j/7



Domotique à domicile



Monte Escalier



Salle de bains



E-santé



Bluelinea
Vivez votre âge

Découvrez nos solutions sur
www.bluelinea.com

Contactez nos conseillers au

0 800 941 110

Service & appel gratuits

EDITO

Chers lecteurs,

Alors que ce début d'année est marqué par différentes vagues de contestation, et en partie celle du personnel des EHPAD, le Comité Consultatif National d'Ethique vient de rendre son avis sur les "Enjeux éthiques du vieillissement". Il apparaît que la "concentration" de personnes âgées dépendantes au sein d'établissements spécifiques, peut être perçue par ces dernières comme une forme d'exclusion de la société. Cette même société ne serait-elle pas en train de nier la vieillesse, la fin de vie et la mort ?

Le CCNE souhaite un renouveau de la solidarité envers les personnes vulnérables et propose de renforcer les politiques d'accompagnement du vieillissement.

Dans ce numéro d'EHPAD Magazine, nous avons voulu faire le point dans notre dossier sur l'accompagnement en fin de vie dans les ehpad. Une situation difficile à vivre pour les soignants, les résidents ainsi que leurs familles. Il est important d'être formé à cette épreuve de la vie et d'être le plus pragmatique possible dans des situations aussi délicates. Nous avons collaboré avec la SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs) et le CNSPFV (Conseil national des soins palliatifs et de la fin de vie) afin de vous donner des pistes de réflexion pouvant vous aider à gérer ce genre de situations auxquelles vous êtes souvent confrontés.

Bonne lecture à tous !

La rédaction

360°

02 En bref

06 Interview : François Durovray

Président du département de l'Essonne, François Durovray est confronté à un besoin croissant en terme de dépendance de ces administrés les plus âgées. En s'appuyant sur son expérience "terrain", il porte un regard réaliste sur les mesures prises par le gouvernement, et nous parle des actions qu'il a mis en place localement.

Dossier

09 Accompagnement en Fin de vie

Alors que le rapport d'information du Sénat sur la situation dans les EHPAD lui était remis, Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, disait aux sénateurs : « Le désarroi quotidien du personnel [des EHPAD] est en partie lié au fait que les personnes accueillies meurent en moyenne dans les deux ans. C'est très anxiogène et déprimant. Nous devons former le personnel et organiser la fin de vie en Ehpad. »
Mais comment ?



Cœur de métier

19 Tout comprendre sur la gestion de l'énergie en EHPAD

22 RECODE : Le protocole qui inverse la maladie d'Alzheimer et le déclin cognitif

24 Les nouvelles missions de la HAS

26 Le réseau OMERIS relève le défi du bien-manger en EHPAD



Visite d'Agnès FIRMIN-LE BODO, Députée de Seine-Maritime, à l'EHPAD Bouic-Manoury

Vendredi 18 mai 2018, Jean-Marc Vasse, maire de Terres-de-Caux et président du conseil d'administration de l'EHPAD Bouic-Manoury, a accueilli avec Sylvie Schrub directrice, à Fauville-en-Caux, Agnès Firmin-Le Bodo, députée de la Seine-Maritime, qui porte la cause des EHPAD à l'Assemblée Nationale.

Jean-Marc Vasse avait souhaité organiser une table ronde en présence d'Emmanuel Hirsch, directeur de l'Espace de réflexion éthique de la région Île-de-France, qui préside l'Espace éthique du grand âge, de Monique Sanson, présidente du conseil de la vie sociale, des représentants du personnel, du docteur Villers, médecin coordonnateur, de membres du conseil d'administration, de Cécile Sineau-Patry, vice-présidente du département et de Sophie Cousin, adjointe et vice-présidente du CCAS de Terres-de-Caux.

Lors de cette rencontre, chacun a pu débattre de l'ensemble des sujets au cœur de la crise, à l'origine du mouvement national du 30 janvier dernier. L'EHPAD Bouic-Manoury n'est pas épargné par les difficultés rencontrées par le secteur médico-social.

Sylvie Schrub a présenté l'établissement, son organisation mais aussi la démarche de bientraitance, associant la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques et la démarche « Humanitude® » qui a retenu toute l'attention de la députée.

L'EHPAD Bouic-Manoury a reçu le label Humanitude® en 2017. Parallèlement, ont été abordées les questions du vieillissement de la société, de la place de l'EHPAD dans la cité, des initiatives prises, ici à Fauville-en-Caux, en association avec Grainville-la-Teinturière autour de la direction commune.

Agnès Firmin-Le Bodo, a donné des pistes sur les travaux qui sont menés sur le plan national par Agnès Buzyn, ministre de la Santé et des Solidarités. Des annonces seront prochainement faites : elles concernent, par exemple, la création d'une compensation de la convergence tarifaire qui bénéficiera aux établissements qui auraient été pénalisés ou la mise en place d'infirmières de nuit.

Jean-Marc Vasse a également soulevé la question du reste à charge des familles et du tarif particulièrement bas du prix de journée (l'un des plus bas du département) qui ne permet plus de faire face aux charges imposées par l'objectif de qualité que l'établissement s'est fixé dans le cadre du respect des bonnes pratiques professionnelles et de la démarche Humanitude®. « C'est une injonction paradoxale » a-t-il plaidé.

En outre, **Agnès Firmin-Le Bodo a commenté l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale qui permet aux EHPAD de conduire des expérimentations et des innovations de terrain**, un appel sera lancé lors du prochain conseil d'administration. Puis, elle a fait

état de la place des résidents et des mouvements comme le collectif « Vieux debout ! ».

Emmanuel Hirsch a pour sa part rappelé combien les EHPAD disposent d'expertise et sont en capacité de répondre à des défis sociétaux autour de l'autonomie, ce qui dépasse le seul cadre de l'accompagnement des personnes âgées.

Pour Agnès Firmin-Le Bodo, députée, la mise en place de la Maison de l'autonomie devrait répondre à la question afin de pallier le manque d'autonomie des personnes, quel que soit leur âge. Elle s'est dite convaincue de l'expertise des personnels des EHPAD dans la cité pour relever ces défis. Ceci n'a pas échappé aux représentants des professionnels venus se joindre à la table ronde pour exprimer leurs difficultés.

Après la visite de la maison de retraite et la rencontre avec les résidents, Jean-Marc Vasse a remercié Agnès Firmin-Le Bodo de son écoute, de sa capacité à appréhender les questions soulevées et des perspectives qu'elle a développées. **Un constat exigeant mais non sans espoir.**

Mairie de TERRES-DE-CAUX - Hôtel de ville
Fauville-en-Caux 76640 TERRES-DE-CAUX
Site web : www.terres-de-caux.fr



Le WiFi pour les résidents en EHPAD

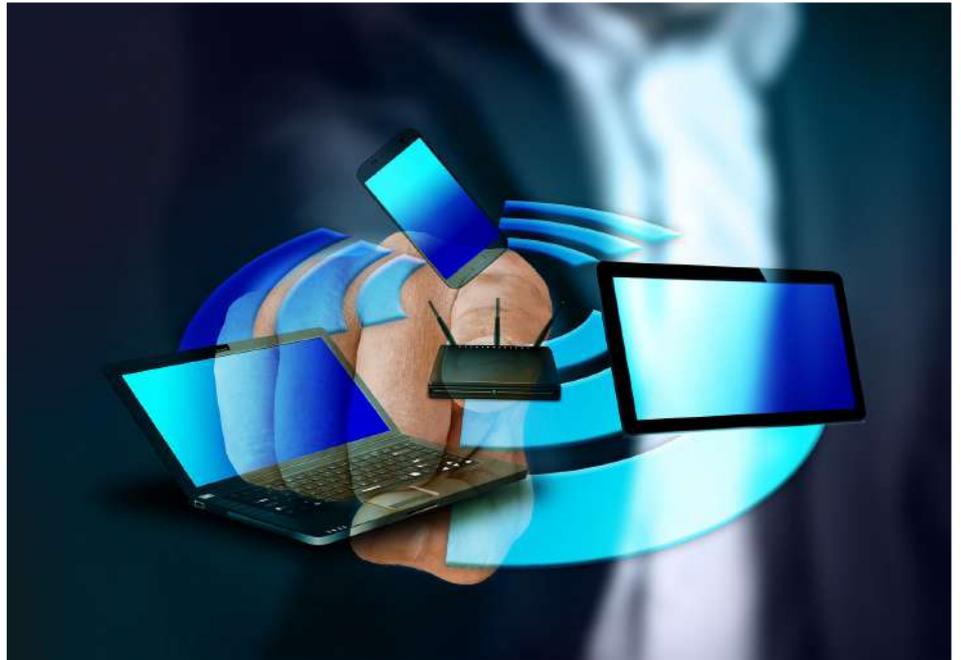
C'est la fin des clichés sur nos aînés ! Ils ont déjà vécu plusieurs vies et ne veulent pas être exclus du monde dans lequel ils vivent. Loin d'eux l'idée de jouer au bridge en attendant la visite familiale hebdomadaire. Ils sont pleinement conscients des transformations de la société et ont soif de liberté. La preuve : 50% des plus de 70 ans se connectent au moins une fois par semaine à Internet (Observatoire de l'âge 2018 par Viavoice pour Harmonie Mutuelle)

Venir vivre au sein d'un EHPAD est un grand tournant dans leur vie et dans celles de leurs proches. Ils ont besoin d'être rassurés et de se sentir en confiance. Cela passe notamment par des services modernes et connectés, comme s'ils étaient encore « à la maison ».

Leur proposer une connexion WiFi est donc indispensable aujourd'hui.

C'est pourquoi, la société Apicéa a développé sa solution WiFi Résident EHPAD. Une offre WiFi complètement externalisée pour que les EHPAD puissent proposer en toute sécurité une connexion internet à leurs résidents. C'est simple et c'est clé en main pour les EHPAD afin que les soignants puissent se concentrer sur l'essentiel : les résidents.

Le WiFi c'est ce lien ADSL qui remet du relationnel dans la vie des résidents ! Le WiFi c'est synonyme de liberté: les résidents peuvent envoyer des messages à leurs proches, découvrir les dernières actualités avant leur



voisin, regarder des vidéos que leur partagent leurs petits-enfants, s'évader avant de se coucher.

Car au-delà du lien social, le WiFi c'est aussi cette fenêtre vers le monde, un accès simple et rapide pour découvrir les dernières actualités ou se renseigner sur un sujet dès qu'un résident le souhaite et à n'importe quel moment.

Le WiFi c'est aussi permettre aux EHPAD de proposer des ateliers multimédias à leurs résidents et leur faire découvrir les innovations ludiques, pédagogiques ou expérientielles. Des ateliers qui permettent une

ouverture d'esprit sur les nouvelles technologies et les évolutions du monde dans lequel ils vivent.

Tout comme lire un roman ou regarder le JT de 20h, se connecter sur internet est désormais un réflexe quotidien que les EHPAD ne peuvent pas ignorer et doivent même embrasser. 9

A propos : Fondée en 2011 Apicéa est une entreprise française spécialisée dans la digitalisation des établissements de santé.

Plus d'information sur : apicea.fr/wifi-ehpad.

Recrutement du personnel soignant en EHPAD : Actalians développe un Mooc expérimental

En 2040, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus (contre 18% en 2013)*. Le vieillissement de la population offre des opportunités d'emploi croissantes dans la prise en charge du grand âge. Les EHPAD accueillent aujourd'hui près de 730 000 personnes âgées. Extrêmement dynamique, ce secteur offre des perspectives d'emplois durables dans les métiers du soin en France.

Dans ce contexte, Actalians agit en développant le Mooc recrutement "Devenir soignant auprès de nos aînés : un métier d'avenir" au bénéfice des EHPAD qui souhaitent embaucher. L'enjeu est de susciter des vocations, de former aux bases du métier et d'offrir aux lauréats du Mooc la possibilité de s'inscrire dans un processus de recrutement. Ce Mooc est disponible sur la plateforme FUN depuis le 5 mars 2018.

Coproduit par Actalians et le Cnam, ce Mooc s'inscrit dans le cadre d'une recherche relative aux nouvelles modalités de formation, menée par la direction R&D d'Actalians. Colisée, groupe d'EHPAD rassemblant 104 établissements, a accepté de devenir terrain d'expérimentation et apporte le soutien de son réseau pour la réalisation opérationnelle du dispositif.

>>

Ce Mooc, gratuit et ouvert à tous, se déroule sur 3 semaines à raison d'une heure par semaine. **Les personnels diplômés** à la recherche d'un emploi, comme **les non diplômés**, peuvent profiter de ce Mooc et s'inscrire dans un processus de recrutement. Deux prérequis suffisent pour participer au Mooc : compétences de base en français et utilisation du numérique.

Côté contenu, le Mooc propose des **ressources pédagogiques** (vidéos explicatives du secteur du grand âge, du métier d'AS en EHPAD, un forum sur lequel les bénéficiaires pourront poser leurs questions) et **des évaluations visant à tester les motivations, les connaissances, l'adaptation et la sensibilité des apprenants par rapport aux situations exposées**. Les bénéficiaires de l'attestation de réussite à la formation peuvent déposer leur candidature sur un site dédié. Elle est transmise immédiatement aux établissements en recherche de nouveaux collaborateurs qui s'engagent, dès réception, à y répondre dans un délai d'un mois.



Expérimental, dans un premier temps, ce cours en ligne vise exclusivement le recrutement par le Groupe Colisée de 250 personnes. A partir de 2019, et en fonction des résultats de cette 1ère expérience, le Mooc pourra être étendu au bénéfice de tous les EHPAD. En effet, selon les estimations d'Actalians et de la DARES, 3 000 postes sont à pourvoir chaque année dans l'ensemble des établissements de la branche. ➔

* INSEE - Projections de population à l'horizon 2070

¹ Les inscriptions au Mooc sont ouvertes sur <https://www.fun-mooc.fr/> depuis le 5 mars 2018, la première diffusion aura lieu du 4 au 24 juin 2018.



LE WIFI RÉSIDENT POUR VOTRE EHPAD

Connectez-vous

C'est la fin des clichés sur nos aînés : ils adorent internet ! Connectez-les pour les accompagner dans leur nouvelle vie.

Découvrez notre offre :

- Une offre WIFI 100% externalisée
- Une installation technique simple et rapide



A partir de
169€/mois



POURQUOI ETRE ACCOMPAGNÉ POUR MIEUX ACHETER EN EHPAD ?



Mieux acheter en EHPAD, un leit-motiv pour les directeurs d'établissement qui se sentent souvent seuls et parfois désarmés quand il faut concilier contraintes budgétaires et bien-être de leurs résidents.

La tâche est complexe et être accompagné apparait comme une solution efficace et rassurante. Helpévia, acteur-clé du référencement, des achats et du conseil pour les établissements de santé est en cela un vrai partenaire. Eric Tabouelle, président directeur général, revient pour nous sur la plus-value d'Helpévia pour mieux acheter en EHPAD.

LE PROFESSIONNALISME DES ÉQUIPES AVANT TOUT

Sur quoi repose la plus-value d'Helpévia ?

C'est sans aucun doute, sur l'expertise de nos équipes. Forts leurs expériences, les collaborateurs Helpévia connaissent parfaitement les environnements et pratiques métiers pour apporter une réponse adaptée et pragmatique aux professionnels. Ils ont été directeurs d'établissement, responsable technique, chef de cuisine, infirmier... et ont bien conscience de la réalité et des contraintes du terrain. En contact réguliers avec les fournisseurs, ils animent la vie des marchés autour d'échanges constructifs sur les produits et prestations. La veille réglementaire, technique, économie qu'ils assurent garantit la fiabilité de leurs réponses.

UN FORT POTENTIEL D'ACHATS ET UNE CRÉDIBILITÉ FACE AUX FOURNISSEURS

Quel poids a Helpévia face aux fournisseurs dans la fonction achats ?

Grâce à un réseau de plus de 600 Ehpads, plus de 150 millions d'euros d'achats potentiels sont mutualisés. C'est un poids non négligeable dans les négociations. De plus, un relationnel fort et équilibré avec les par-

tenaires adhérents et fournisseurs, associé à une vision globale et économique permet de répondre au plus juste aux attentes des établissements.

DES MÉTHODOLOGIES ÉPROUVÉES

Qu'avez-vous mis en place pour participer à votre performance ?

Nous déployons des méthodologies adaptées à chaque structure de marchés et aux besoins des établissements : Référencement, Achats Groupés, Offres d'Equipements Négociés, Journées d'Achats. Ces méthodologies aux processus parfaitement maîtrisés, contribuent à notre performance achat dans le respect des règles de mise en concurrence, de transparence et d'équité de traitement des offres.

Enfin, attentive aux besoins de nos parties prenantes, adhérents et fournisseurs, nous sommes, depuis 2003, certifiés ISO 9001.

DES VALEURS AU SERVICE D'UN PARTENARIAT SOLIDE

On évoque régulièrement les valeurs d'Helpévia.

Pouvez-vous nous les traduire ?

Pour un partenariat efficace, Helpévia s'appuie sur des fondamentaux simples :

- La participation des adhérents dans les négociations et les référencements.

- Une liberté de choix dans la gestion de leurs achats. La décision leur revient au final.

Inscrit dans une démarche RSE (Responsabilité Sociétale de l'Entreprise) structurée, notre volonté est de garantir à nos interlocuteurs (adhérents, fournisseurs) équité et transparence, éléments indispensables dans notre rôle d'intermédiaire. Nous sommes le seul groupement d'achats à avoir adopté un code de déontologie. Chacun peut le consulter sur notre site www.helpévia.fr.

Enfin, pour s'adapter toujours plus aux demandes, l'offre Helpévia évolue constamment. Ainsi, **Oui Care**, une nouvelle solution d'achats pour les Dispositifs Médicaux et l'incontinence a été créée en 2017 ; **Help O'Menu** répond désormais aux problématiques de gestion de la restauration tout en conciliant contraintes économiques et nutritionnelles.

Alors, pourquoi rester seul alors que l'on peut être accompagné dans sa fonction achat pour plus de quiétude et de performance ?

Helpévia

Normandie 1

98 avenue de Bretagne

BP 81514 - 76038 Rouen cedex

02 32 81 86 00

contact@helpévia.fr

www.helpévia.fr



www.oui-care.fr





« Il est temps qu'un choix soit opéré de manière partenariale et transparente entre l'Etat et les départements. »

François Durovray

Président du département de l'Essonne, François Durovray est confronté à un besoin croissant en terme de dépendance de ces administrés les plus âgés. En s'appuyant sur son expérience "terrain", il porte un regard réaliste sur les mesures prises par le gouvernement, et nous parle des actions qu'il a mises en place localement.

Quel est votre regard sur la politique mise en place par le gouvernement pour le secteur médico-social, notamment la loi ASV et plus récemment la mission Flash EHPAD ?

► **François Durovray :** La loi d'adaptation de la société au vieillissement traduit la volonté de mettre l'accent sur la prévention et le maintien à domicile avec, en particulier, la mise en place de la conférence des financeurs, la revalorisation des plafonds de l'allocation personnalisée d'autonomie et l'homogénéisation du pilotage de l'autorisation des services d'aide à domicile. Elle manifeste également la volonté d'asseoir la coopération avec les établissements et services médico-sociaux, sur un principe de contractualisation. Si l'effort est réel, les modalités de mise en œuvre ont été problématiques sur le fond comme sur la forme : une parution des décrets tardive, une marge d'interprétation des départements conduisant à une

application hétérogène, et surtout, une absence totale d'évaluation des impacts sur les Départements comme sur les EHPAD publics et associatifs. L'Essonne a appliqué les dispositions de la loi ASV et ses décrets en essayant bien des difficultés. Je vois la mise en place d'une mission flash EHPAD comme une nécessaire réappropriation par les parlementaires d'un sujet parfois abordé sous un angle trop technique. La lecture opérée par la mission flash sur l'action des départements est parfois à nuancer.

Quels sont, selon vous, les axes d'amélioration à apporter ?

► **François Durovray :** Il faut en priorité simplifier les modèles de financement. Plusieurs autres questions se posent, notamment sur le reste à charge en établissement. Concrètement quelles possibilités pour nos usagers qui ne bénéficient pas de retraites importantes ou de couverture prévoyance, et qui, pourtant, se refusent à recourir

à l'aide sociale du département pour éviter les futures récupérations sur succession ? L'absence de recours à l'aide sociale ne signifie pas pour autant l'absence de besoin. Aujourd'hui, nous avons peu de solutions pour trouver des recettes pour nos EHPAD : la question de la déshabilitation partielle de l'aide sociale peut se poser. Cela ne répond que partiellement aux enjeux. Il est temps qu'un choix soit opéré sur ces sujets de manière partenariale et transparente entre l'Etat et les départements.

Impossible de ne pas évoquer également la question de la situation des personnels en EHPAD, c'est-à-dire la valorisation de métiers éprouvant psychologiquement et physiquement. La mission flash a mis en évidence un enjeu général d'amélioration des conditions de travail et de revalorisation des métiers. À ce constat, j'ajouterai que pour lutter contre l'absentéisme et les difficultés de recrutement en EHPAD, l'appui au management pour favoriser la transversalité dans les équipes est également un levier.



© Alexis Harnichard.

En tant que président du département de l'Essonne, quelles actions ou quelles mesures avez-vous prises pour répondre au besoin croissant de prise en charge de la dépendance des personnes âgées?

► **F. D :** Le département a approuvé en mars dernier son nouveau schéma de l'autonomie 2018-2022. Élaborée en étroite collaboration avec les territoires, la nouvelle feuille de route départementale s'articule autour de trois axes principaux : l'inclusion sociale, les solidarités et lutte contre l'isolement et l'offre de services et d'hébergement territorialisée et intégrée. Nous allons par exemple augmenter l'offre accessible en établissement en créant trois nouveaux EHPAD sur le territoire.

Concernant l'aide à domicile, 107 Services d'aides à domicile interviennent à ce jour sur le territoire. Ce sont de petites structures parfois fragiles et quelquefois confrontées à de vrais problèmes d'organisation. Nous allons donc soutenir leur réorganisation et leur professionnalisation via une démarche d'audit et d'accompagnement. Enfin, nous lancerons prochainement un diagnostic sur la situation des aidants. En s'appuyant sur les partenaires du territoire, nous voulons construire une démarche concertée pour en finir avec le saupoudrage d'actions.

Quelle part représente le budget alloué au secteur médico-social dans le budget global du département?

► **F. D :** 23,6 % du budget départemental était consacré en 2017 aux personnes âgées et handicapées, soit 257,68 millions.

L'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite est un enjeu capital pour maintenir ces personnes en autonomie, quelles dispositions sont mises en place pour favoriser cette accessibilité ?

► **F. D :** La question de l'accessibilité ne concerne pas seulement le public à mobilité réduite, c'est aussi un défi collectif. De nos jours, la mobilité est en effet essentielle quel que soit notre âge, notre situation géographique, ou notre condition physique. Le département se mobilise, avec d'abord le dispositif de transport à la demande PAM91, qui permet le déplacement des personnes à mobilité réduite. Nous travaillons également à la mise en accessibilité de nos propres équipements. Nous



© Alexis Harnichard.

avons enfin inscrit dans notre schéma une étude à mener pour une évaluation partagée de l'accès au transport et à la mobilité.

Quel est l'objectif de la plateforme « Bien vieillir en Essonne » ?

► **F. D :** La plateforme « Bien vieillir en Essonne » visait initialement à rendre lisible l'offre disponible sur le territoire, objectif que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assume aujourd'hui. Aussi, le département met actuellement à jour la plateforme afin de toujours mieux répondre aux besoins de l'utilisateur en le plaçant au cœur du système. Nous nous orientons désormais vers la mise en place, au sein de notre site Essonne.fr d'un espace de gestion de la relation à l'utilisateur sur le modèle du portail Ameli.

Quelle part représente le budget alloué au secteur médico-social dans le budget global du Département?

► **F. D :** Les professionnels intervenant dans le champ des personnes âgées, et non exclusivement les professionnels de santé, font un travail considérable malgré les difficultés. Les directeurs d'établissement doivent faire face chaque jour à un triple défi : favoriser la transversalité au sein d'équipes travaillant en temps contraint dans un cadre financier resserré, favoriser les passerelles et le partage des cultures métiers, et établir un projet commun qui fait sens.

En tant que président de département, je n'ai malheureusement pas en main tous les leviers permettant de faire évoluer ce secteur. Nous orientons la décision publique en renforçant bien sûr notre rôle de financeur, et aussi en étant un facilitateur d'ex-

périmentations d'initiatives en faisant vivre le réseau d'acteurs sur notre territoire. Il en va du bien-être des usagers, et de notre volonté de répondre concrètement à notre engagement qui scande tous les âges de la vie « Essonne, terre d'avenir ». ②

Biographie

Né en 1971, François Durovray devient responsable des jeunes RPR de l'Essonne à 19 ans. Il a l'occasion, en 1994, de rencontrer Nicolas Dupont-Aignan, alors candidat à la mairie d'Yerres. Il dirigera sa campagne électorale qui sera couronnée de succès. Le même mois de juin 1995, il obtient son master 2 (DESS) de droit public, gestion des collectivités locales à l'université Panthéon Sorbonne et devient à 24 ans directeur de cabinet de Nicolas Dupont-Aignan. En 2001, il devient premier adjoint au maire d'Yerres et conseiller général de l'Essonne. En 2010, il est choisi par Valérie Pécresse et Nathalie Kosciusko-Morizet pour se présenter aux élections régionales. Elu conseiller régional d'Ile-de-France, il est nommé porte-parole et responsable des questions de transports. En 2014, il est élu maire de Montgeron, avant de remporter en 2015 le canton de Vigneux avec Nicole Poinot lors des élections départementales. Il est alors élu président du conseil départemental de l'Essonne. En 2017, il prend la présidence de la Communauté d'agglomération Val d'Yerres Val de Seine.

EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

6
NUMEROS
PAR AN

Consultable en version papier
Egalement sur le site internet et l'application
smartphone : Actualités + fil de veille + Annuaire Pro
+ Formation + Archives des anciens numéros

Source de solutions
pratiques et
d'informations décisives

Retrouvez-nous sur :



► www.ehpad-magazine.com



COUPON D'ABONNEMENT 2017

À RETOURNER SOUS ENVELOPPE AFFRANCHIE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT

► EHPAD MAGAZINE - SERVICE ABONNEMENTS
9 bis rue du général Lederc - 91230 Montgeron

Choisissez la formule qui vous correspond :

- Papier** **90€ TTC**
1 an (6 numéros) France métropolitaine
+ 6 newsletters + Guide de la Nutrition
et de la Restauration en EHPAD
- Papier, Web, Application smartphone** **130€ TTC**
~~150€ TTC~~
1 an (6 numéros) France métropolitaine
+ 6 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés
+ Guide de la Nutrition et de la Restauration en EHPAD
- Web, Application smartphone** **60€ TTC**
1 AN D'ABONNEMENT
+ 6 newsletters
+ l'accès au site et aux archives réservées aux abonnés

- Étudiant et École** **108€ TTC**
1 an (6 numéros) France métropolitaine
Papier, Web, Application smartphone
+ 6 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés
+ Guide de la Nutrition et de la Restauration en EHPAD
- Réabonnement**

Votre N° Abonnement :

Raison sociale :
Nom et prénom du destinataire :
Poste :
Adresse de la facturation :
Code postal : Ville :
N° SIRET :
N° TVA Intracommunautaire :
Tél. : Fax :
Courriel : Site internet :
Adresse de livraison (Si différente de l'adresse de facturation) :

Votre domaine d'activité :

- Etablissement public
- Etablissement privé

Précisez :

Date : / /

Signature et cachet :



ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE

Les soins palliatifs dans les EHPAD

Alors que le rapport d'information du Sénat sur la situation dans les EHPAD lui était remis, Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, disait aux sénateurs : « Le désarroi quotidien du personnel [des EHPAD] est en partie lié au fait que les personnes accueillies meurent en moyenne dans les deux ans. C'est très anxiogène et déprimant. Nous devons former le personnel et organiser la fin de vie en Ehpad. »
Mais comment ?

*Ont contribué à ce dossier : la SFAP/ le CNSPFV
Marc Perez (H.doc)*

Les soins palliatifs dans les EHPAD

L'EMSP Territoriale du Val-d'Oise : une EMSP entièrement réservée aux EHPAD

Alors que le rapport d'information du Sénat sur la situation dans les EHPAD¹ lui était remis, Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, disait aux sénateurs : « *Le désarroi quotidien du personnel [des EHPAD] est en partie lié au fait que les personnes accueillies meurent en moyenne dans les deux ans. C'est très anxiogène et déprimant. Nous devons former le personnel et organiser la fin de vie en EHPAD.* »

Mais comment ? Le mieux serait sans doute de s'inspirer des expériences de terrain qui existent déjà partout en France, et notamment des pratiques des professionnels de santé des soins palliatifs dont 10 000 sont membres de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).

Pour « former le personnel et organiser la fin de vie en EHPAD », il serait possible de s'inspirer, par exemple, d'une expérience originale à quelques kilomètres du ministère, dans le département du Val-d'Oise, où **une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) entièrement réservée aux EHPAD a été créée.**

L'EMSP Territoriale du Val-d'Oise existe depuis 5 ans, intervient dans 60 EHPAD du département hébergeant plus de 5 000 résidents, et a déjà sensibilisé à la démarche palliative plus de 300 professionnels de ces établissements.

Avant la création de cette EMSP, 30 % des résidents décédaient à l'hôpital. Depuis qu'elle existe, 10 % seulement des résidents ont besoin d'une hospitalisation en toute fin de vie.

Cette EMSP n'a pas été créée d'un coup de baguette magique ! Comme souvent, une expérimentation repose au départ sur quelques bonnes volontés, venant d'horizons différents, qui cheminent ensemble et se dépensent sans compter :

- pour les EHPAD : Christian Boissel, directeur de l'EHPAD Le Boisquillon², pilotait un groupe de travail « soins palliatifs » au sein du Réseau Gérontologique Inter Établissements et Services du Val-d'Oise (REGIES-95).³
- pour les soins palliatifs : le Dr Anne de la Tour, responsable médical des soins palliatifs du CH d'Argenteuil, présidait la Coordination régionale de soins palliatifs d'Ile-de-France, dans le Val-d'Oise (CORPALIF-95).⁴

- pour la gériatrie : le Dr Philippe Taurand, chef de pôle, responsable médical de l'Équipe mobile de gériatrie et de l'Équipe mobile d'accompagnement Douleur et Soins palliatifs au sein de l'Hôpital Simone Veil du Groupement Hospitalier Eaubonne- Montmorency.

À l'époque, les EHPAD reprochaient aux EMSP intrahospitalières de ne pas toujours être disponibles quand ils en avaient besoin, et les professionnels de santé des soins palliatifs reprochaient aux EHPAD d'être appelés trop tardivement, les cantonnant dans le rôle de « prescripteurs de la dernière heure » alors que le résident aurait pu bénéficier de soins palliatifs bien avant sa toute fin de vie. Comment s'entendre ? La CORPALIF-95 et le REGIES-95 décidèrent de se rapprocher pour promouvoir la démarche palliative dans les EHPAD.

La démarche palliative n'est pas un slogan. La Haute Autorité de Santé (HAS) en donne une définition précise : « **La démarche palliative est une façon d'aborder les situations de fin de vie de façon anticipée : accorder une place aux questions éthiques, à l'accompagnement psychologique, aux soins de confort, au juste soin, repérer précocement les besoins en terme de soins palliatifs des « personnes approchant de leur fin de vie ».** Elle facilite, lorsque le traitement spécifique de la maladie atteint ses limites, le passage progressif à des soins palliatifs. La démarche palliative fait partie de la prise en charge globale du patient. »⁵

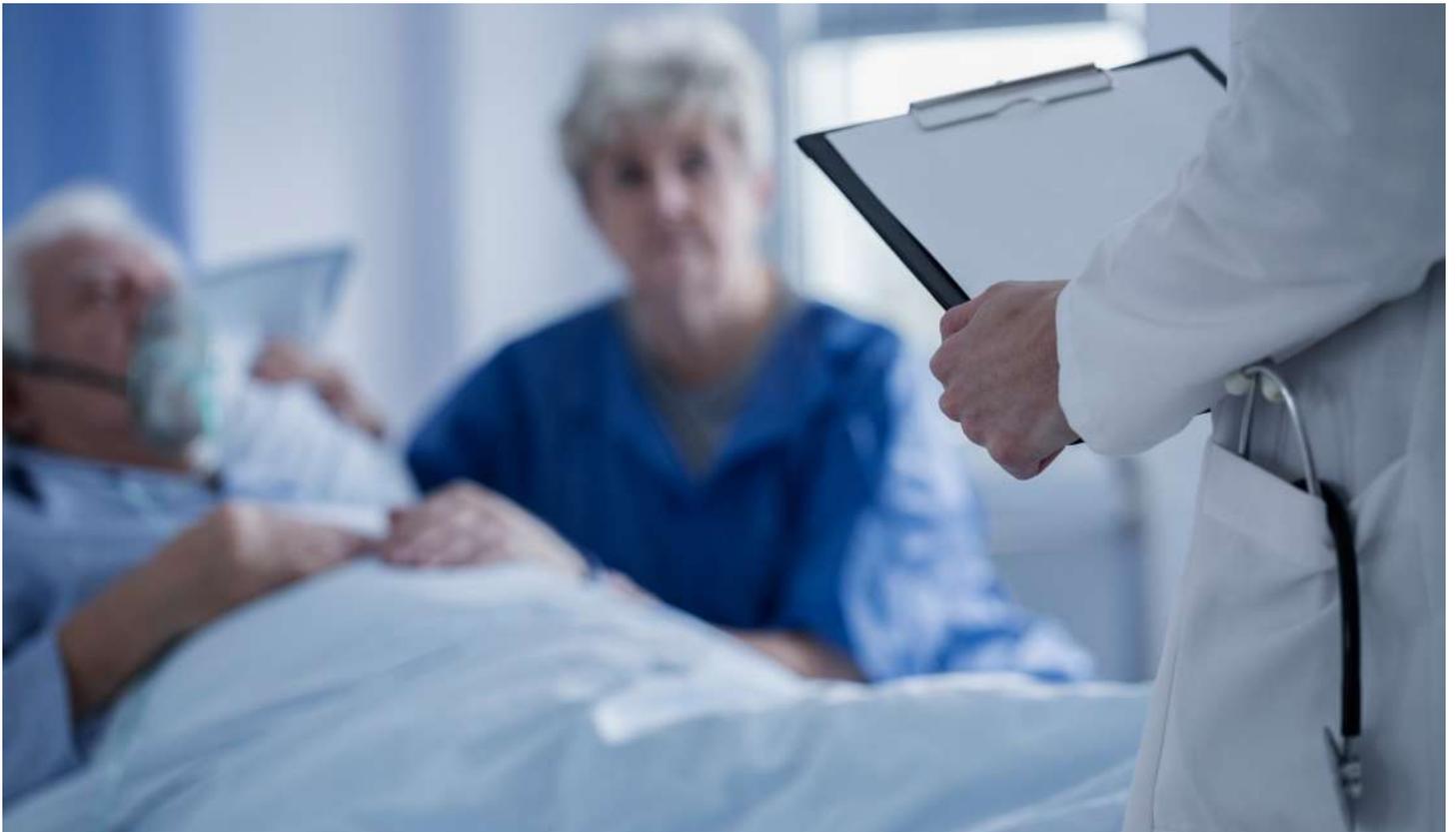
Le maître-mot de la démarche palliative est l'anticipation. Mais comment procéder pour des dizaines d'EHPAD et leurs milliers de résidents ?

C'est alors que germa l'idée de créer une EMSP entièrement réservée aux EHPAD, qui aurait pour missions d'intervenir – rapidement, bien sûr, si besoin, mais surtout par anticipation –, de participer à la formation de référents soins palliatifs et, plus généralement, de diffuser dans les EHPAD les bonnes pratiques qui constituent ce que l'on appelle communément la « culture palliative », où le « juste soin », auquel se réfère la HAS, est d'abord le « soin ajusté » aux besoins et aux souhaits de la personne, où « prendre soin » du malade fait partie des soins.

Comme le rappelle le manifeste de la SFAP, les valeurs professionnelles des soins palliatifs sont « des valeurs d'humanité, d'attention et de sollicitude envers les personnes qui souffrent et ceux qui les entourent, de respect du déroulement de la vie en préservant sa qualité jusqu'à la fin ».⁶

Pour avoir l'écoute bienveillante de l'ARS... et son financement, il fallait que le projet d'EMSP soit bien ficelé. L'instruction ministérielle de 2010, relative aux modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD, offrait le cadre juridique et réglementaire.⁷

Le REGIES-95 réussit à rassembler 60 EHPAD qui signèrent une convention d'intervention avec l'EMSP Territoriale du Val-d'Oise, basée à l'Hôpital Simone Veil, dirigée par le Dr Philippe Taurand, et comprenant des médecins (2,5 ETP) et des soignants (2,5 ETP et bientôt 3,5).



Pour répondre à la problématique d'anticipation, l'EMSP rencontre régulièrement, toutes les 4 à 6 semaines, l'équipe médicale et soignante de chaque EHPAD pour faire le point sur la situation des résidents bénéficiant déjà de soins palliatifs et repérer les résidents qui en auraient besoin à court ou moyen terme. L'EMSP peut aussi, à ces occasions, rencontrer les familles.

L'EMSP Territoriale et l'EHPAD Le Boisquillon ont conçu un outil d'aide à la démarche palliative en EHPAD, initié par le Dr Sophie Taurand, gériatre, médecin coordonnateur et de l'EMSP. Cet outil, facilement utilisable, tient compte à la fois :

- de la spécificité dite du « *long mourir* » fréquent chez le patient polyopathologique, alternant des épisodes d'aggravation et d'amélioration de l'état général ;
- des difficultés d'élaboration d'une démarche palliative en EHPAD ;
- de la nécessaire réflexion pluridisciplinaire associant des professionnels de l'EHPAD et des soins palliatifs.

Cet outil d'aide à la démarche palliative en EHPAD⁸, présenté au congrès annuel de la SFAP et sur son site

internet, se compose d'une fiche de synthèse et d'un schéma. La fiche de synthèse – fil conducteur de la discussion et de la réflexion collégiale – permet :

- de tracer la réflexion collégiale et l'information délivrée à la famille,
- d'anticiper la conduite à tenir en cas de complications,
- de rédiger des consignes et des prescriptions anticipées.

Le schéma permet :

- d'évaluer les différents éléments nécessaires pour identifier la phase évolutive du résident afin de faire converger les objectifs d'accompagnement,
- de guider la discussion collégiale.

L'intérêt de ce schéma est de montrer les « *espaces d'incertitude* ». En effet, entre la phase curative et la phase palliative, existe un « *espace d'incertitude* » où la situation du résident peut s'améliorer ou, au contraire, se dégrader. Il est nécessaire d'évaluer la fragilité gériatrique de la personne, son degré de renoncement, son niveau d'autonomie, et la gravité de sa pathologie...

L'évaluation faite, ce temps d'incertitude n'est pas un temps d'inaction puisqu'il permet à l'équipe d'anticiper les besoins de soins palliatifs pour la personne, c'est-à-dire d'anticiper la conduite à tenir en cas de complications, et de rédiger à l'avance des consignes et des prescriptions : de se tenir prêt pour faire face à toute situation.

Cet outil d'aide à la démarche palliative illustre parfaitement le fonctionnement du mouvement des soins palliatifs en France : non pas de façon pyramidale, du haut vers le bas, mais à partir des initiatives locales reprises à l'échelon départemental, régional puis national.

En effet, cet outil est utilisé dans les 60 EHPAD du département liés à l'EMSP. Il est en cours d'évaluation par un groupe de travail initié par l'ARS Île-de-France pour servir, non seulement aux EHPAD de la région, mais aussi aux établissements sociaux ou médico-sociaux pour handicapés (FAM, MAS), et même à domicile dans le cadre des réseaux de soins palliatifs. Si son évaluation s'avère probante, cet outil sera ensuite examiné par le comité scientifique de la SFAP pour une possible utilisation à l'échelle nationale. >>

Par ses visites régulières, planifiées, de tous les EHPAD, l'EMSP Territoriale du Val-d'Oise a pour mission principale d'anticiper les besoins en soins palliatifs. L'EMSP intervient bien sûr aussi à la demande d'un EHPAD confronté soudainement à la situation difficile d'un résident en fin de vie, afin, justement, d'éviter son hospitalisation en urgence.

L'EMSP Territoriale du Val-d'Oise a aussi pour mission de dispenser aux équipes des EHPAD des formations de sensibilisation à la démarche palliative, organisées par la CORPALIF-95 et le REGIES-95.

Ces formations sont l'occasion d'échanges avec d'autres professionnels des soins palliatifs du département. Deux sessions de formation sont organisées chaque année pour une quarantaine de professionnels des EHPAD. La formation comprend 6 modules se déroulant chacun sur une demi-journée.

Le module 1 de formation rappelle le cadre législatif et réglementaire des soins palliatifs, c'est-à-dire la loi Claeys-Leonetti de 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Le module 2 porte sur l'alimentation et l'hydratation des résidents en soins palliatifs. Le module 3 a pour sujet la douleur, son évaluation, sa nature, et les soins pour la traiter.

Le module 4 aborde la souffrance des familles et des équipes. Puis il est demandé aux participants de chaque EHPAD d'élaborer un mini-projet de soins palliatifs, réalisable pendant la session de formation.

Le module 5 apprend à repérer les résidents pouvant avoir besoin de soins palliatifs, et à structurer la démarche palliative avec l'outil conçu par l'EMSP. Pour finir, le module 6 est l'occasion d'un premier retour d'expérience après la mise en œuvre des mini-projets.

Exemple de mini-projet de soins palliatifs élaboré pendant la formation et mis en œuvre dans l'EHPAD : les soins de bouche apportés à la personne en fin de vie. L'hygiène bucco-dentaire est indispensable et l'hydratation de la bouche est un soin nécessaire pour éviter la sensation de soif. Le retour d'expérience permet de faire état du vécu des soignants mais aussi des proches de la personne car il est important de leur expliquer l'importance de ces soins.

L'EMSP Territoriale du Val-d'Oise, par son étroite collaboration avec les EHPAD, ses interventions, ses formations, peut-elle toujours répondre aux problématiques de la fin de vie ? Oui, parce qu'il est plus facile de les résoudre en les anticipant. Mais la démarche palliative est parfois un parcours d'obstacles : l'EMSP peut bien apporter son expertise, encore faut-il que le médecin traitant – le médecin prescripteur – y souscrive. Des médecins traitants, en très petite minorité, sont encore rétifs ou réticents à la mise en œuvre de certains traitements en soins palliatifs. D'où l'importance d'associer aussi les proches du résident dans la démarche palliative.

L'EMSP Territoriale du Val-d'Oise, en réduisant fortement le nombre des décès de résidents à l'hôpital, avec des centaines de professionnels des EHPAD formés à la démarche palliative, est incontestablement une réussite... et une source d'inspiration pour les EHPAD dans d'autres départements. 

Marc Perez - www.hdoc.fr



¹ Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), par M. Bernard Bonne Sénateur, 7 mars 2018. www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html

² EHPAD Le Boisquillon à Soisy-sous-Montmorency : www.boisquillon-soisy.com/

³ REGIES-95 : www.regies95.com/

⁴ CORPALIF-95 : www.corpalif.org

⁵ L'essentiel de la démarche palliative, HAS, décembre 2016 : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2730546/fr/l-essentiel-de-la-demarche-palliative

⁶ Manifeste de la SFAP : www.sfap.org/actualite/manifeste-de-la-sfap

⁷ Instruction DGOS/R 4/DGCS n° 2010-275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁸ Congrès 2017 de la SFAP, Proposition d'un outil d'aide à la démarche palliative en EHPAD : congres.sfap.org/sites/default/files/pdf/Tours2017/PDF/3%20Taurand.pdf

LES CHIFFRES DE LA FIN DE VIE EN FRANCE

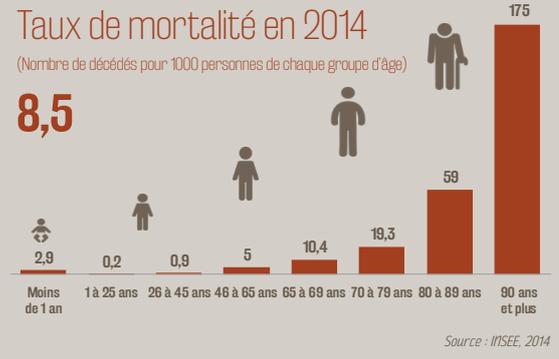
LA MORTALITÉ



581.770 décès en France en 2015
Source : INSEE, 2015

Taux de mortalité en 2014

(Nombre de décès pour 1000 personnes de chaque groupe d'âge)



Moins de 1 an	2,9
1 à 25 ans	0,2
26 à 45 ans	0,9
46 à 65 ans	5
65 à 69 ans	10,4
70 à 79 ans	19,3
80 à 89 ans	59
90 ans et plus	175

Source : INSEE, 2014

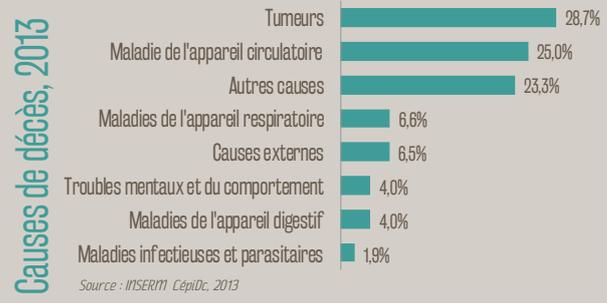
Lieux de décès en 2014

85% des français souhaiteraient finir les derniers instants de leur vie à domicile
Source : IFOP, 2016

- Domicile **37%**
- Établissement de santé **57%**

Source : INSEE, 2014

Causes de décès, 2013



Tumeurs	28,7%
Maladie de l'appareil circulatoire	25,0%
Autres causes	23,3%
Maladies de l'appareil respiratoire	6,6%
Causes externes	6,5%
Troubles mentaux et du comportement	4,0%
Maladies de l'appareil digestif	4,0%
Maladies infectieuses et parasitaires	1,9%

Source : INSERM CépiDc, 2013

L'OFFRE EN SOINS PALLIATIFS

6.592 Lits de soins palliatifs en 2015 (1552 lits d'USP + 5040 LISP)
Source : DREES, SAE, 2015

Structures 2015

- USP **139**
- EMSP **424**
- RSSP **57**
- ERRSPP **21**

Source : DREES, SAE, 2015

5.076 Bénévoles d'accompagnement de fin de vie dans 201 associations en 2013
Source : SFAP, CABA, 2013

LES SOINS PALLIATIFS À L'HÔPITAL

MCO, 2015 93.310 séjours codés soins palliatifs
Soit 0,5 % des séjours
Source : ATIH, 2015

HAD, 2016 1.034.688 journées en mode de prise en charge soins palliatifs
Soit 1/4 des prises en charge
Source : FIEHAD, 2016

SSR, 2015 810.997 journées en mode de prise en charge soins palliatifs
Soit 2 % des prises en charge
Source : ATIH, 2015

FOCUS

573.592 résidents en 2011

139.209 sorties par décès



lors d'une sortie temporaire 0,20%
lors d'une hospitalisation 24%
au sein de l'établissement 76%

Source : DREES, EHPA, 2011

HANDICAP

% de sorties par décès

- MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) **55,5 %**
- FAM (Foyers d'Accueil Médicalisé) **30,3 %**
- EEAP (Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés) **12,4 %**

Source : DREES, ES, 2010

Source : Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie

Focus : Quels droits depuis la loi du 22 avril 2005 et la loi du 2 février 2016 ?

Depuis la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, de nouveaux droits ont été acquis, que le malade soit en capacité d'exprimer sa volonté ou dans l'incapacité de le faire. Ces droits ont été renforcés par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Ils ont été précisés par le décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès et par le décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées.

Ces lois permettent aussi au malade de s'appuyer sur différentes personnes et de ne pas être seul(e) confronté(e) aux éventuelles décisions à prendre lors de sa fin de vie. Son entourage, sa personne de confiance, son médecin et tout le personnel qui l'entoure sont concernés. Tous peuvent être amenés à y réfléchir avec lui ou en tenant compte de son avis, chacun ayant des rôles et des responsabilités distincts.

Les grands principes

Refus de l'obstination déraisonnable et garantie du non abandon

L'acharnement thérapeutique qui apparaît dans ces deux textes de loi sous le terme "**d'obstination déraisonnable**" est condamné. Les médecins ont le devoir de mettre en œuvre les actions nécessaires pour soigner les personnes malades. Néanmoins, les traitements et les soins apparaissant inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, peuvent être suspendus et ne pas être entrepris à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire, et ce même si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté.

La loi du 2 février 2016 précise que la **nutrition et l'hydratation artificielles** constituent des traitements et donc peuvent être arrêtés comme tout autre traitement.

Au regard d'un éventuel **arrêt ou limitation des traitements**, les professionnels ont le devoir de donner au patient les soins adaptés à sa situation : traitement de la douleur, soulagement des symptômes, soins de confort, accompagnement psychosocial et spirituel pour lui et ses proches, etc. En d'autres termes, les équipes de soins ont le

devoir de ne pas abandonner le patient et de tout mettre en œuvre pour que sa fin de vie se déroule dans les meilleures conditions possibles.

La loi du 2 février 2016 précise également que toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès que son état le permet.

Pouvoir demander la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue dans certains cas

A la demande du patient, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie (traitement de la douleur) et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien de vie, peut être mise en œuvre dans certains cas :

- Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;



- Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ;

Les motifs du recours ou non à cette sédation sont inscrits dans le dossier du patient.

Lorsque le patient ne peut exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées.

Comme précisé par le décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient doit recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut de la famille ou de l'un des proches, le témoignage de la volonté exprimé par le patient.

Cette sédation est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire. L'ensemble de la procédure est inscrite au dossier médical du patient.

Cette sédation peut être mise en œuvre au domicile du patient, dans un établissement de santé, un établissement ou un service qui accueille des personnes âgées.

La personne de confiance, ou à défaut, la famille ou l'un des proches est informé des motifs du recours à la sédation profonde et continue.

Pouvoir exprimer sa volonté et être informé(e)

En matière de traitement, toute personne en fin de vie ou non est en droit d'exprimer sa volonté après avoir été informée des conséquences de ses choix par le médecin qui la soigne : accepter ou refuser un traitement (loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé).



Concernant la fin de vie, ce droit est réaffirmé. Et parce qu'en fin de vie, la personne peut être inconsciente, le législateur a prévu deux dispositifs qui lui permettent d'exprimer sa volonté de manière anticipée et d'être représentée :

- Les directives anticipées
- La personne de confiance.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ces choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient.

La concertation est obligatoire en cas d'arrêt de traitement

Pour une personne en fin de vie dans l'incapacité d'exprimer sa volonté et pour qui une décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prévue par la loi, la procédure collégiale est une obligation.

La procédure collégiale permet au médecin de prendre en compte :

- les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé,
- l'avis de la personne de confiance que le patient aurait désigné,
- l'avis de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

La procédure collégiale, comme précisé par le décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 prend la forme d'une concertation avec l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant et qui n'a pas de relation hiérarchique avec le médecin en charge du patient. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

Lorsque la décision d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur sous tutelle, le médecin doit recueillir l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence le rend impossible.

À l'issue de cette procédure, le médecin en charge du patient décide ou pas une limitation ou un arrêt de traitement : arrêt d'une ventilation assistée, arrêt de la chimiothérapie, arrêt de l'alimentation par sonde, limitation de l'hydratation, etc. >>

La décision d'arrêt ou de limitation de traitement appartient au seul médecin qui soigne le patient.

La personne de confiance, ou à défaut la famille ou l'un des proches, doit être informée des motifs de la décision d'arrêt de traitement.

Deux lois qui invitent à réfléchir, à s'informer et à dialoguer

Malgré les droits procurés par ces lois, envisager sa fin de vie est particulièrement difficile, notamment lorsque l'on est en bonne santé ou lorsqu'on « se bat contre la maladie ». Y réfléchir peut entraîner une multitude de questions très diverses, mais aussi des doutes ou des craintes.

Les recommandations de la HAS pour la mise en œuvre d'une SPCMD

Très attendues depuis le vote de la loi du 2 février 2016, la Haute Autorité de Santé a publié en mars 2018 ses recommandations de bonne pratique pour la mise en œuvre d'une **sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès** (SPCMD).¹

La HAS s'est logiquement inspirée des études et des recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).

Pour ceux qui en doutent encore, la HAS a tenu à mettre les points sur les i en rappelant les différences entre une SPCMD et l'euthanasie.² Une SPCMD ne peut pas être une « euthanasie déguisée », et encore moins une « sédation profonde explicitement létale » comme le préconise le Conseil économique, social et environnemental (CESE).

La HAS répond à toutes les questions d'ordre médical, éthique, pour la mise en œuvre d'une SPCMD mais rappelle aussi des évidences relevant du bon sens que connaissent et partagent tous les professionnels de santé des soins palliatifs :

« Si le décès est proche, attendu dans les quelques heures ou quelques jours, une SPCMD peut être envisagée. » : autrement dit, une SPCMD ne peut pas, évidemment, être mise en œuvre des semaines avant le décès !

« Si le décès est attendu dans un délai supérieur à quelques jours et que les symptômes sont réfractaires,

Il est important de repérer ces difficultés et de ne pas les négliger. Prendre le temps de s'informer et de réfléchir peut permettre alors de :

- discerner les éléments qui ont du sens pour soi,
- envisager les décisions qui correspondent le mieux à notre situation particulière lorsqu'on est malade,
- réfléchir à ce qu'on ne veut pas est parfois plus facile que de réfléchir à ce qu'on souhaite.

Il est donc utile de pouvoir parler avec des tiers, notamment avec son médecin.

La plateforme nationale d'écoute « Accompagner la fin de la vie » 0 811 020 300 est également un dispositif pour informer et écouter toute personne concernée.

Dialoguer avec son entourage peut être aussi source d'échanges utiles à la réflexion. C'est aussi dans ces moments que l'on peut envisager de choisir et de désigner sa personne de confiance. 

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie - CNSPFV



La HAS recommande d'introduire les soins palliatifs dans le parcours du patient le plus tôt possible. Ils sont adaptés aux améliorations et aux complications de la maladie.

Le dialogue avec le patient doit donc être instauré le plus tôt possible et doit se poursuivre tout au long de la maladie. »³

Les professionnels de santé et les directions des EHPAD connaissent et partagent les valeurs portées par le mouvement des soins palliatifs représenté, en France, par la SFAP. La mise au point de la Haute Autorité de Santé peut être vue comme une piqûre de rappel visant tous ceux qui, extérieurs aux établissements de santé ou médico-sociaux, voudraient remettre en question la loi du 2 février 2016. 

Marc Perez - www.hdoc.fr

¹ HAS, Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Guide parcours de soins : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf

² HAS, Différences entre sédation et euthanasie : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/différence_entre_sedation_et_euthanasie_web.pdf

³ HAS, Dossier de presse - Comment mieux accompagner les patients en fin de vie ? www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/presse_dp_reco_fin_de_vie.pdf

une sédation réversible de profondeur proportionnée au besoin de soulagement est discutée avec le patient. »

La possibilité d'une SPCMD est une disposition importante de la loi mais les soins palliatifs ne se résument pas à la seule sédation ! La HAS rappelle aussi l'importance de dispenser les soins palliatifs nécessaires le plus tôt possible :

« Les soins palliatifs doivent être débutés dès que le patient en a besoin, et non pas uniquement quand les traitements curatifs sont épuisés. Cela suppose que son médecin ait intégré la démarche palliative dans sa pratique quotidienne. Cette démarche consiste à aborder les situations de fin de vie avec le patient de façon anticipée. Elle doit être mise en œuvre par les soignants dans le but d'offrir la meilleure qualité de vie possible au patient en respectant ses volontés, ses besoins, ses attentes et ses projets ainsi que ceux de sa famille et de ses proches. Elle permet la mise en œuvre d'un accompagnement psychologique, de soins de confort, du juste soin et accorde une place aux questions éthiques. Elle « planifie » avec le patient les soins futurs, notamment les soins de fin de vie.

La démarche palliative facilite le passage progressif à des soins palliatifs : ceux-ci sont administrés selon les besoins du malade et si nécessaire, en même temps que le traitement spécifique de la maladie.

QUESTIONS de FAMILLE

Innovation et autonomie **LES ATTENTES DES SENIORS**

*Interviews d'experts, reportages
sur les services utiles aux seniors
et plateforme en ligne participative*

*Découvrez des projets innovants
et donnez votre avis sur
hackathon.hauts-de-seine.fr*



Posé sans colle, en un temps record, le revêtement de sol Sarlon Trafic Modul'up évite les pertes d'exploitation. Economique, résistant, posé sur support neuf ou sur la plupart des supports existants, il offre aussi esthétique et confort acoustique.

Vous souhaitez rénover les sols de votre EHPAD, mais sans gêne pour les résidents ?

Le confort des résidents est pour vous une priorité... qui doit rimer avec « budget serré » ?

Alors le Sarlon Trafic Modul'up est fait pour vous !



Lancé l'an dernier par la société Forbo Flooring Systems, leader des solutions non collées, ce revêtement de sol PVC à effet plombant, conçu pour les zones à fort trafic, se pose sans colle et sur la plupart des supports.

RÉSULTAT

« les temps de pose et de dépose peuvent être réduits jusqu'à 80 % »

assure Joël Nunes,
Chef de segment enseignement/santé
chez Forbo Flooring Systems.

En découle, une diminution drastique des pertes d'exploitation. Confort acoustique, rentabilité, haute résistance et chaleur des teintes comptent également parmi les atouts du produit dont l'innovante technologie DSx3 est déjà doublement récompensée (Janus des composants et matériaux en 2016, prix du BTP en 2017).

ZÉRO PERTE D'EXPLOITATION

Nul besoin d'arracher le revêtement d'origine. Sarlon Trafic Modul'up recouvre la plupart des supports, neufs ou anciens.

Les reprises des dégradations du support dans le cas d'une dépose classique d'un revêtement collé sont donc évitées.



Quant à la colle, elle est bannie du procédé d'installation !

Son double système de stabilisation structurel entrant dans la composition du produit lui confère un effet plombant, garantissant sa stabilité au sol. Sitôt posé, il est donc praticable.

Fini, le temps où « il fallait compter 72h, entre la pose et le séchage de la colle, pour une remise en service de la zone », pointe Joël Nunes. Dans le périmètre des zones à fort trafic, c'est une innovation.

Les EHPAD s'en réjouissent : « Chez l'un d'eux, la pose du revêtement dans le restaurant collectif n'a pris que la matinée et les résidents ont pu y déjeuner à midi », rapporte Joël Nunes.

En l'absence de colle à retirer, la dépose / repose est également plus rapide. « Dans une chambre, par exemple, elle ne prendra qu'une demi-journée quand 5 jours seraient nécessaires pour retirer puis reposer un revêtement collé », calcule le fabricant.

ECONOMIES, CONFORT ET QUALITÉ

Qui dit pose et dépose plus rapides, dit main d'œuvre moins coûteuse.

Exit, aussi, le prix de la colle qui s'ajoute habituellement à celui du produit. Et les réorganisations temporaires, souvent de mise durant les travaux, ne sont plus non plus d'actualité, épargnant notamment du stress chez les professionnels comme chez les patients.



Chez Forbo, l'objectif bien-être et confort est d'ailleurs une priorité. « Modul'up assure une efficacité acoustique de 19 dB, soit une réduction des bruits de chocs de 19 dB par rapport à une dalle béton brute », souligne, à cet effet, Joël Nunes. Une performance inédite pour un produit à effet plombant, « qui dépasse même les exigences de la réglementation sur les bâtiments neufs ».

Stable et résistante, la surface Modul'up reste plane dans le temps, et résiste aux fortes sollicitations. Le traitement d'usine limite aussi l'encrassement, ce qui facilite l'entretien.

Quant à ses teintes, elles sont inventives.

Loin des revêtements ternes de l'hôpital, les tons cimentés ou « effet boisé » s'inspirent des tendances modernes.

Osez aussi la couleur vive, avec la résine safran lumineuse ou la gaieté des tons coquelicot !

Haut-de-gamme, économique, Modul'up est également écologique. Fabriqué à partir d'énergie 100% renouvelable, il est entièrement recyclable, garanti sans phtalates, et présente de faibles émissions en composés organiques volatiles.

Dans le secteur EHPAD, achats éco-responsables et responsabilité environnementale sont au cœur des enjeux de demain. Les lois de Grenelle ont déjà posé de premières échéances...

Anticipez l'avenir avec Modul'up !

Retrouvez Sarlon trafic modul'up en vidéo : <http://bit.ly/20SYbmd>

Tout comprendre sur la gestion de l'énergie dans les EHPAD

Les EHPAD sont de grands consommateurs d'énergie, ceci est dû à la nécessité de répondre aux mieux aux besoins spécifiques de leurs résidents. Ces derniers sont sensibles à un environnement sain et confortable. Il apparaît indispensable d'optimiser leur efficacité énergétique tout en assurant le confort des résidents.

Avec des consommations conséquentes et des usages énergétiques intensifs, les résidences EHPAD représentent une part importante de la consommation d'énergie en France. Une résidence dispose d'une performance moyenne de 250 kWh/m²/an en énergie finale (énergie consommée et facturée à la résidence), soit une consommation totale pour l'ensemble des établissements en France de 7 TWh/an toutes énergies confondues. Leurs dépenses énergétiques représentent près de 1% de la consommation nationale en énergie finale (hors pétrole).

Quels sont les principaux postes de dépenses énergétiques ?

Le chauffage est le premier poste de consommation dans une résidence EHPAD. Il représente généralement plus de 50% de la facture totale. Le confort en période hivernale est assuré par des radiateurs pour les circulations et les chambres. Les zones communes sont traitées soit par des radiateurs soit par des ventilo-convecteurs. En période estivale, le suivi de la température dans les différents espaces est à suivre avec attention pour prévenir les risques de déshydratation liés aux fortes chaleurs. Par conséquent, les salons et espaces communs sont la plupart du temps climatisés.

L'éclairage et la production d'eau chaude sanitaire notamment pour les cuisines et salle de bain sont également des dépenses énergétiques importantes. Ce sont les installations techniques qui engendrent des consommations significatives : four, hottes d'extraction, armoires réfrigérées et des chambres froides. Enfin, les résidences présentent également des consommations d'eau importantes :



en moyenne entre 60 et 90 m³ par résident et par an.

Ces différents usages engendrent des factures entre 50 000 et 70 000 € HT. Ce lieu de résidence doit donc être suivi attentivement au niveau de l'exploitation et de la maintenance des installations. A la fois pour assurer le confort des résidents mais également pour mieux gérer les dépenses énergétiques afin d'éviter toutes surconsommations. Cependant, la maintenance de ces bâtiments est complexe à gérer au quotidien et a fortiori lorsqu'ils sont rassemblés en parc immobilier (publics ou privés).

Quelles sont les difficultés d'exploitation-maintenance dans les EHPAD ?

La gestion d'un patrimoine de résidences de type EHPAD est complexe à suivre étant donné l'aspect diffus d'un tel parc. D'un point de vue organisationnel, il est difficile de maîtriser de façon centralisée tous les aspects de la vie d'un EHPAD. Rassembler les informations dans chacune des résidences nécessite des séries de déplacements longs et fastidieux. C'est pourquoi, la connaissance du patrimoine, notamment en termes techniques, est

souvent limitée. La maintenance ne peut donc pas être optimisée.

A ceci s'ajoute la complexité liée à l'organisation des ressources humaines sur le terrain. La gestion quotidienne des infrastructures et des installations du bâtiment est réalisée par le directeur de l'établissement et l'agent d'entretien. Parfois, les résidences ne disposent pas d'agent. Enfin, la gestion technique des installations de chauffage et de climatisation est gérée par le prestataire de maintenance, qui, selon son contrat, se doit de passer une à deux fois par mois. Etant donné que ce dernier n'est pas présent à demeure, le risque de défaut ou de dysfonctionnement des installations ne peut pas être géré rapidement.

L'aspect géographique est également à prendre en compte dans la gestion d'un patrimoine immobilier de résidences EHPAD. Les différences de climat entre les régions en France ont un impact important sur la gestion des bâtiments et donc la performance énergétique des résidences.

>>

Comment optimiser l'exploitation-maintenance des établissements et faire des économies d'énergie ?

La clé pour améliorer l'exploitation des EHPAD réside dans la **connaissance et la mise à jour des informations propres à chaque résidence**. Il convient de rassembler des informations relatives à la **consommation d'énergie** de l'établissement et également des **informations sur le matériel et le fonctionnement des installations techniques**.

Avec des informations à jour et le **plus exhaustives possibles**, il devient alors possible de déployer des projets de management de l'énergie appropriés pour diminuer les dépenses énergétiques.

Pour être en capacité de disposer de telles informations, un véritable travail d'acquisition de données est à mener et nécessite des connaissances approfondies autour du bâtiment pour pouvoir les traiter et les analyser.

Toutefois, se limiter à une vue globale à un instant donné n'est pas suffisant. En effet, cela ne permet pas de suivre les actions d'amélioration et d'analyser l'impact de ces dernières sur le fonctionnement des bâtiments.

Pour pouvoir gérer l'exploitation-maintenance de manière optimale, il convient de déployer des solutions offrant à la fois la possibilité d'acquérir l'ensemble des **informations nécessaires** et également d'obtenir des mises à jour régulière de ces dernières. **L'idéal est de pouvoir accéder en**

temps réel à toutes les informations et d'être alerté dès lors qu'une anomalie est constatée. Ainsi, les défauts peuvent être corrigés plus vite ce qui limite les dépenses d'énergie et favorise les économies.

Comment l'Internet des objets révolutionne la gestion énergétique des EHPAD ?

Grâce au développement des nouvelles technologies comme l'Internet des objets, des solutions apparaissent et démocratisent la gestion de l'énergie, la rendant accessible au plus grand nombre.

Contrairement aux idées reçues, ces nouveaux services sont souvent **moins coûteux que des prestations classiques d'optimisation de la performance énergétique**. Ces solutions permettent par exemple de se dispenser d'audit. Les capteurs télé relèvent en temps réel les consommations et elles sont retranscrites dans un logiciel consultable par toutes les parties prenantes. Grâce au Big Data, les données sont traitées et analysées en fonction du comportement du bâtiment et d'autres variables telles que : la rigueur climatique ou les installations spécifiques. Ces systèmes alertent également les utilisateurs dès qu'une dérive est constatée (hausse de la température, fuite d'eau, etc.) ce qui permet à ces derniers de gagner en réactivité pour corriger les écarts.

Il convient de souligner que ces solutions sont

réellement effectives si des ingénieurs en efficacité énergétique intègrent au sein de l'application leur expertise. Ainsi, il ne s'agit plus d'un outil de visualisation mais d'optimisation puisque les utilisateurs reçoivent des conseils et des recommandations personnalisées

L'accompagnement par des experts du bâtiment peut également se traduire par une intervention sur site, si les projets d'amélioration sont trop complexes.

En suivant les paramètres liés au confort tels que la température ou la qualité d'air, la performance des résidences est améliorée, sans dégrader la qualité du séjour des résidents.

En plus de ne pas nécessiter d'investissements lourds, ces solutions offrent un retour sur investissement très rapide : 8 mois en moyenne et génèrent des économies d'énergie importantes, jusqu'à 17% de la facture d'énergie.

En 2017, la solution advizeo a été déployée dans un important patrimoine d'EHPAD : 200 résidences EHPAD, réparties sur l'ensemble du territoire national. En moins d'un mois, toutes les EHPAD ont été équipées et les données énergétiques récupérées. Actuellement, on observe un **gain de 15 % d'économie d'énergie**. ➔

Cyril Sailly – Advizeo by Setec



DOMICILE MAG

L'information des acteurs du domicile

6
NUMEROS
PAR AN

▶ Consultable en version papier
Egalement sur le site internet et l'application
smartphone : Actualités + fil de veille + Annuaire Pro
+ Formation + Archives des anciens numéros

Source de solutions pratiques et
d'informations décisives

Retrouvez-nous sur
www.domicile-magazine.com



COUPON D'ABONNEMENT 2017

À RETOURNER SOUS ENVELOPPE AFFRANCHIE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT

▶ DOMICILE MAGAZINE - SERVICE ABONNEMENTS
9 bis rue du général Lederc - 91230 Montgeron

Choisissez la formule qui vous correspond :

Papier **80€ TTC**

1 an (6 numéros) France métropolitaine
+ 6 newsletters

Étudiant et École **60€ TTC**

1 an (6 numéros) France métropolitaine
Papier, Web, Application smartphone
+ 6 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés

Web, Application smartphone **60€ TTC**

1 AN D'ABONNEMENT
+ 6 newsletters
+ l'accès au site et aux archives réservées aux abonnés

Réabonnement

Votre N° Abonnement :

Raison sociale :

Nom et prénom du destinataire :

Poste :

Adresse de la facturation :

Code postal : Ville :

N° SIRET :

N° TVA Intracommunautaire :

Tél. : Fax :

Courriel : Site internet :

Adresse de livraison (Si différente de l'adresse de facturation) :

Votre domaine d'activité :

Public

Privé

Précisez :

Date : / /

Signature et cachet :

ReCODE : le protocole qui inverse la maladie d'Alzheimer et le déclin cognitif

Incurable, la maladie d'Alzheimer ? Ce n'est plus le cas.

Après des années de recherche, le Dr Dale Bredesen et son équipe de l'université de Californie ont mis au point un programme global qui permet à de nombreux malades souffrant d'Alzheimer et de déficit cognitif de retrouver leur capacité à se souvenir, à penser, à mener de nouveau une vie normale.

En ciblant un à un les multiples facteurs responsables de la maladie, en intervenant sur l'alimentation, le statut hormonal, l'inflammation, les toxiques, l'activité physique... ReCODE donne des résultats impressionnants.

Sur les 10 premiers patients du Dr Bredesen ayant suivi quelques mois le protocole ReCODE, 9 ont connu des améliorations significatives, souvent spectaculaires. L'étude est parue en 2016 dans *Aging*.

Depuis, ReCODE a bénéficié à des centaines de patients : plus de la moitié n'ont plus aucun symptôme.

Destiné aux patients déjà aux prises avec la maladie d'Alzheimer, aux patients pré-Alzheimer et aux personnes ayant un risque élevé de développer la maladie, ce livre donne toutes les clefs pour inverser le déclin cognitif.

La parution de *La Fin d'Alzheimer* constitue donc pour les patients, leurs proches et les soignants, un événement d'une portée médicale et scientifique considérable. Nous ne rencontrons pas souvent ce cas. Quand nous le rencontrons, la centrale d'achat est, au final, un prestataire comme un autre avec un catalogue limité.

Un protocole personnalisé

Premièrement, à l'aide d'une série de tests et d'exams (évaluation de l'inflammation, statut hormonal, carences micro-nutritionnelles, métaux lourds, performances cognitives, des tests génétiques, IRM...), la personne détermine son « profil de risque » en identifiant précisément quels agresseurs, parmi les 36 potentiellement impliqués, sont à l'origine du déclin cognitif.

Deuxièmement, pour tous les agresseurs identifiés, on suit les recommandations détaillées de l'auteur - alimentation, activité physique, compléments alimentaires, gestion du stress, détox, entraînement cognitif, etc. - afin de les neutraliser. ReCODE est donc un protocole personnalisé.

Résultat : on met un coup d'arrêt à la destruction des neurones et des synapses. Les résultats sont généralement visibles en 3 à 6 mois. Rapidement, les

malades retrouvent les capacités cognitives qu'ils croyaient perdues. 9

Présentation du Docteur Dale Bredesen

Neurologue, le Dr Dale Bredesen a consacré plus de 30 années à la recherche sur les maladies dégénératives.

Après avoir travaillé dans le laboratoire du prix Nobel Stanley Prusiner, il a occupé des fonctions professorales à l'université de Californie (Los Angeles et San Diego).

Il a dirigé le programme de recherches sur le vieillissement de l'Institut Burnham avant de fonder l'Institut Buck de recherches sur le vieillissement.



Interview du Docteur Dale BREDESEN

Alzheimer est la seule maladie, parmi les 10 premières causes de mortalité, contre laquelle il n'existe aucun traitement efficace. Comment expliquez-vous que les progrès de la science n'ont jusqu'à présent, entraîné aucun progrès médical?

Dr Dale Bredeesen : Tout simplement parce que la façon actuelle d'aborder la maladie d'Alzheimer n'est pas la bonne. Tout d'abord, les médicaments contre Alzheimer ne se concentrent que sur un seul aspect de la maladie, or il s'agit d'une maladie bien plus complexe : 36 facteurs contribuent à Alzheimer. Imaginez donc que vous ayez un toit percé de 36 trous et que votre médicament est capable de réparer l'un d'eux – alors oui, votre médicament a agi, il a bel et bien bouché un trou... mais il vous en reste encore 35 qui laissent passer la pluie et à l'intérieur de votre maison, la situation n'a pratiquement pas changé.

Par ailleurs, des expériences, menées sur des rats de laboratoires, suggèrent que la maladie d'Alzheimer est causée par l'accumulation dans le cerveau de plaques d'une substance gluante constituée de protéine bêta-amyloïde qui détruisent les synapses. Depuis les années 1980, ce que l'on appelle l'hypothèse amyloïde est considérée par la plupart des neurobiologistes comme un dogme intangible. Sauf que toutes les substances actives conçues pour détruire cette fameuse protéine bêta-amyloïde ont donné des résultats plus que frustrants.

Qu'est-ce qui fait que le protocole ReCODE est différent?

Les recherches qui ont mené au protocole ReCODE remettent en cause le credo central de la maladie d'Alzheimer, en montrant que cette maladie dévastatrice est en réalité un mécanisme de défense de la part du cerveau qui inclut la production de bêta-amyloïde. Cette protéine vouée aux gémonies depuis des décennies, celle dont tout le monde essaie de se débarrasser, est partie intégrante d'une réponse protectrice. Il n'est donc pas étonnant que les tentatives de la supprimer n'aient pas été très efficaces pour traiter la maladie.

Alzheimer serait donc le résultat d'un mécanisme de protection du cerveau. Contre quelles menaces se défend-il ?

Le cerveau produit la protéine bêta-amyloïde pour tenter de se protéger contre trois menaces :

- 1) l'inflammation (qui peut être due à des intolérances alimentaires, des infections chroniques...),
- 2) les carences en nutriments, hormones et autres composés indispensables au fonctionnement du cerveau,
- 3) les substances toxiques (métaux lourds, toxines...).

Résultat : l'accumulation de protéine bêta-amyloïde forme des plaques dans le cerveau, entre les neurones et bloque les espaces permettant leur communication : les synapses.

Comment avez-vous mis au point votre protocole ?

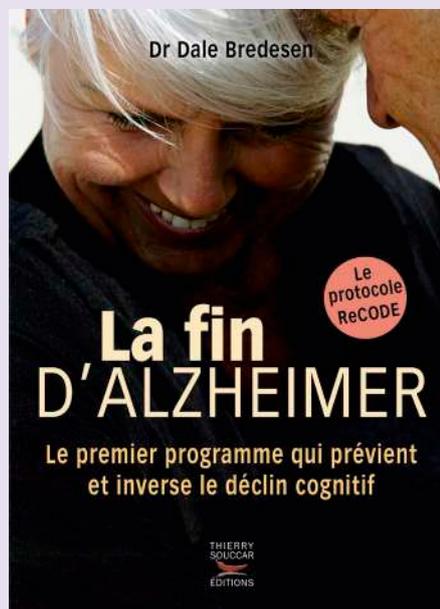
Une fois que l'on admet que la maladie d'Alzheimer est la conséquence d'une lutte du cerveau pour se défendre contre l'inflammation ou contre un afflux de toxiques, la méthode optimale de traitement de la maladie devient évidente : identifier et supprimer les menaces – il y en a 36 au total – qui amènent le cerveau à produire la bêta-amyloïde, originellement protectrice et supprimer la bêta-amyloïde déjà produite. Enfin, reconstruire les synapses détruites par la maladie.

Comment concrètement évite-t-on au cerveau ces menaces ?

Cela commence par des analyses médicales afin d'identifier pour chaque patient la nature de ses agresseurs. Selon les résultats, le protocole est personnalisé et vise, par des modifications du mode de vie, à faire en sorte que le cerveau ne soit pas amené à produire la protéine bêta-amyloïde. Pour faire une analogie, lorsque les équipes de sécurité d'un aéroport empêchent des terroristes de monter dans un avion, les passagers n'auront pas à les combattre en plein vol au corps à corps. De même, il est recommandé de confiner les neuroterroristes loin, très loin de notre cerveau. Aussi, il est nécessaire d'agir sur l'alimentation, le stress, l'activité physique... afin que le cerveau n'ait pas à se protéger.

Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'en suivant le protocole ReCODE, chacune des valeurs sanguines (établies lors des analyses médicales) en dessous des taux optimaux, peut revenir à un niveau normal, voire optimal. La maladie d'Alzheimer n'est pas une fatalité.

Alzheimer n'est pas une fatalité. C'est une maladie du mode de vie. On la prévient et on l'inverse en agissant sur le mode de vie



La Fin d'Alzheimer

Dr Dale Bredeesen

Parution 12 avril 2018

328 pages – Format 16 x 22

21,90 €

Editions Thierry Souccar

ISBN 978-2-36549-290-4

Avec l'élargissement de ses missions au social et médico-social, la HAS intervient désormais sur tous les enjeux de la santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) vient d'intégrer les missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). En plus de son rôle central dans le champ sanitaire, la HAS intervient désormais aussi dans les champs social et médico-social : évaluation des établissements, élaboration de recommandations pour l'inclusion sociale, la protection de l'enfance, l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Cette intégration répond à l'impératif d'envisager aujourd'hui la santé dans sa globalité, sans se limiter aux soins médicaux mais en y intégrant tous les aspects de la vie des personnes, en améliorant les pratiques de l'ensemble des professionnels et établissements impliqués. L'objectif est de favoriser des

parcours de santé complets et de qualité, coordonnés et transversaux, répondant aux besoins de soins et aux situations de vie de chaque personne.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a confié à la Haute Autorité de Santé (HAS), à partir du 1er avril, les missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm).

Cette intégration des champs du social et du médico-social au périmètre de la HAS témoigne de la nécessité d'envisager la santé de façon globale, sans la limiter à la prise en charge de maladies. L'état de santé d'une personne et sa situation de vie sont en effet étroitement imbriqués. L'environnement de vie et de travail de la personne, l'accès au système de santé, les ressources sociales et personnelles ou encore les capacités physiques et psychologiques influent sur l'état de santé des personnes. A l'inverse, les soins médicaux peuvent avoir des conséquences sur les

différents domaines du quotidien et nécessiter des accompagnements adaptés à chaque situation.

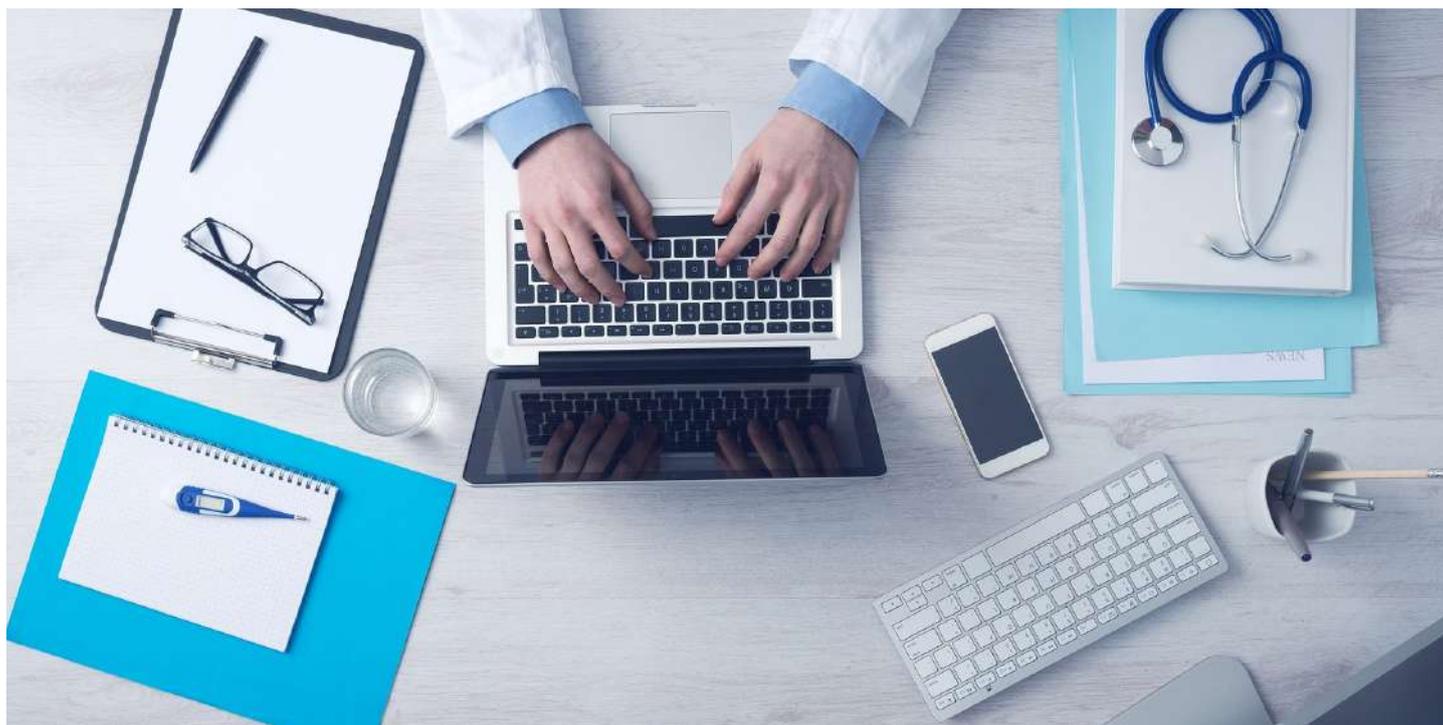
Le défi est donc de proposer aujourd'hui des parcours de santé et de vie centrés sur les besoins de soins et d'accompagnement des personnes, afin de favoriser le « bien-être physique, mental et social »[1] de chacun.

Un rôle élargi de la HAS pour intervenir sur tous les enjeux de la santé

L'intégration des missions de l'Anesm va permettre à la HAS de renforcer sa mission première : améliorer les pratiques de soins et de santé pour tous. Les deux principaux objectifs seront notamment de :

- Favoriser des parcours de santé complets, transversaux et lisibles pour tous

Le cloisonnement entre les champs sanitaire, social et médico-social a des effets délétères : errance des personnes, ruptures dans les parcours, non-recours



à des soins ou des accompagnements. Les missions élargies de la HAS devront permettre une meilleure articulation et collaboration des différents acteurs sur le terrain, en se recentrant sur les besoins des personnes.

- **Elaborer des travaux transversaux en profitant des expertises des différents champs**

L'intégration des missions de l'Anesm et de ses équipes va favoriser le partage des approches qualité et des méthodologies, ce qui permettra d'enrichir les évaluations d'établissements ainsi que l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques. Si le sujet s'y prête, ces recommandations aborderont d'ailleurs systématiquement les aspects sanitaires, sociaux comme médico-sociaux.

Une direction et des instances dédiées aux champs social et médico-social pour assurer la prise en compte de ses spécificités

Une direction spécifique au champ social et médico-social est créée au sein de la HAS, la Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (DiQASM). Celle-ci intègre les personnels de l'Anesm et sera dirigée par Véronique Ghadi. Elle aura la charge d'élaborer les recommandations de bonnes pratiques relatives à l'inclusion sociale, la protection de l'enfance, l'accompagnement des personnes handicapées, des personnes âgées mais aussi de fixer le cadre d'évaluation des quelques 30 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux (EHPAD, établissements et services d'aide par le travail, services d'aide et d'accompagnement à domicile, foyers et maisons d'accueil spécialisées, foyers de l'enfance, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres d'accueil de demandeurs d'asile...).

Pour fixer les orientations et valider les travaux de cette direction, une commission réglementée va également être constituée, disposant du même statut que les commissions d'évaluation des médicaments, des dispositifs médicaux ou d'évaluation médico-économique déjà existantes à la HAS. Ses membres seront nommés prochainement par le Collège de la HAS.

En complément de cette commission réglementée, la HAS constituera courant mai un comité de concertation rassemblant les parties prenantes des champs social et médico-social afin d'instaurer un

espace d'échange régulier et de recueil de leurs avis et attentes.

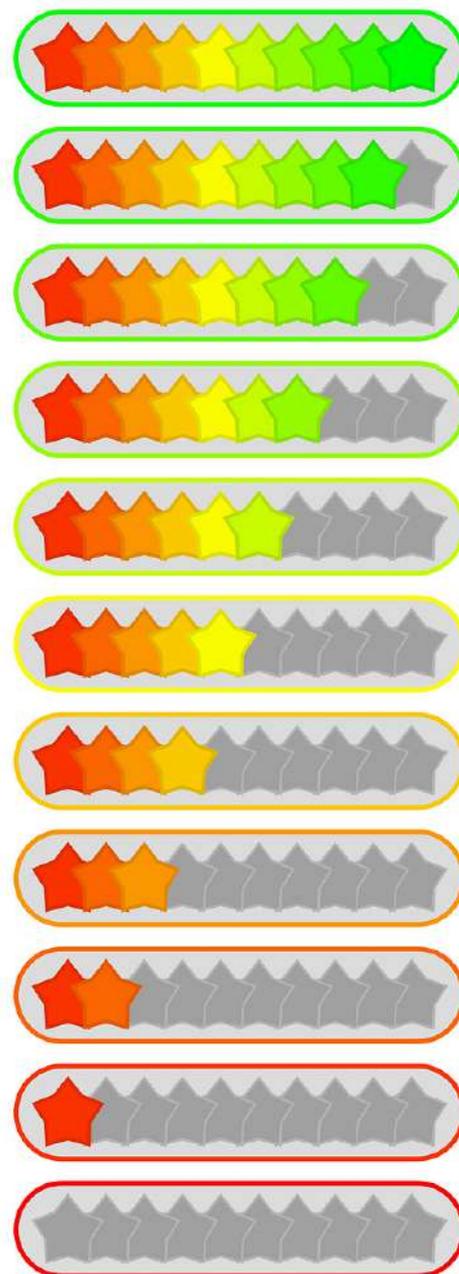
Des travaux déjà programmés : améliorer l'évaluation des établissements, recueillir la satisfaction des personnes, élaborer des recommandations transversales

L'un des premiers chantiers concernera l'élaboration d'un référentiel commun pour l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux. A ce jour, chaque structure produit son propre référentiel ce qui représente une charge importante pour les plus petites d'entre elles et génère des évaluations hétérogènes, n'apportant pas une information éclairante pour les autorités publiques qui délivrent les autorisations. En complément de ce socle commun, la HAS produira des volets spécifiques selon le type d'établissement et d'activité, en concertation avec les professionnels du secteur.

De la même façon qu'elle l'a systématisé pour les hôpitaux et cliniques, la HAS va également développer des indicateurs pour recueillir la satisfaction des personnes âgées et handicapées accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Enfin, dans le cadre de l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques, des articulations seront construites ou renforcées entre certains travaux prévus aux programmes de travail respectifs de la HAS et de l'Anesm. ➔

[1] « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »
Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1946



Les missions de la HAS

- > évaluer les médicaments, dispositifs médicaux et actes en vue de leur remboursement
- > recommander les bonnes pratiques auprès des professionnels de la santé, du social et du médico-social, recommander des politiques de santé publique
- > mesurer et améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques, des accompagnements dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Le Réseau OMERIS relève le défi du bien-manger en EHPAD

Le Réseau OMERIS, gestionnaire de 16 EHPAD en France, s'engage auprès de ses résidents pour une meilleure alimentation en EHPAD.

Cet engagement se traduit par des actions concrètes au quotidien comme la sélection de produits locaux à la Résidence des Canuts à Caluire et Cuire en banlieue lyonnaise (69) avec la 1^{ère} édition « Circuit court » ou le Manger-Main à destination des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer au Domaine de Fontfrède à Marseille.

Le bien manger au coeur de la philosophie du Réseau OMERIS

Le Réseau OMERIS s'engage auprès de ses résidents et des familles pour une meilleure alimentation en maison de retraite.

Avec la charte « La vie a bon goût ! », cet engagement se matérialise par des initiatives innovantes, une cuisine maison avec des repas élaborés sur place par des chefs cuisiniers aguerris aux techniques de cuisson lente, des serveurs formés à l'Institut Paul Bocuse, le choix de produits locaux en circuit court, l'instauration de Manger-Main et la collation nocturne sous forme de Room-service.

La charte « La vie a bon goût ! », commune aux 16 établissements du groupe, a été créée afin de communiquer sur les engagements du Réseau OMERIS en matière de restauration, hôtellerie et nutrition.

Cette charte s'inscrit dans une démarche éco-responsable. Elle intègre le plaisir de bien manger, la convivialité, un service attentionné et un soin nutritionnel adapté.

« Circuit court en EHPAD » : les producteurs à l'honneur aux Canuts à Lyon

« La Résidence des Canuts est l'EHPAD pilote qui intègre l'expérience « locavore » au coeur de l'assiette des résidents.



En privilégiant des circuits courts d'approvisionnement, nous améliorons la qualité de la nourriture proposée. Au-delà de la contribution à l'économie locale, cette initiative est vectrice de lien social entre les résidents et les producteurs qui viennent directement à la résidence présenter leur produits », explique Romain Biard, directeur de la résidence des Canuts, Réseau OMERIS.

L'objectif est de proposer aux personnes accueillies des produits frais, de saison, issus de la région à laquelle elles sont depuis toujours attachées.

Pour présenter cette initiative, un événement gastronomique a été organisé le mardi 10 avril. Le producteur « Provol & Lachenal » a proposé la dégustation de charcuterie et de spécialités lyonnaises.

Les résidents, leurs familles et le personnel de l'établissement ont participé à cette rencontre gourmande accompagnée d'une dégustation œnologique.

Le Manger-Main au Domaine de Fontfrède à Marseille

Confronté aux problématiques de la prise alimentaire chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs, l'EHPAD le Domaine de Fontfrède expérimente, depuis 2017, les repas Manger-Main.

Les équipes soignantes avaient, en effet, constaté que certains résidents, atteints notamment de la maladie d'Alzheimer, souffraient de troubles praxiques les empêchant d'utiliser correctement leurs couverts et demandaient l'aide d'une tierce personne (environ 8% des résidents de l'EHPAD concernés).

« Avec la mise en place du Manger-Main, nous souhaitons redonner de l'autonomie aux résidents dans la prise de leurs repas. Le Manger-Main s'appuie sur une stimulation des sens, l'éveil des souvenirs et s'inscrit dans une démarche de valorisation du plaisir au cours du repas. Il aide également à lutter contre la dénutrition du patient », explique Philippe Geiller, directeur du Domaine de Fontfrède, Réseau OMERIS.

Le Manger-Main représente une autre façon de

s'alimenter : les principaux repas comportent des aliments dont la forme, la texture, la cuisson et l'assaisonnement sont adaptés pour être mangés avec les doigts, sans couvert et sans aide extérieure, dans le but de prévenir la dénutrition.

Le Domaine de Fontfrède, accompagné par son prestataire de restauration Sogeres, met en place

des techniques et procédures de réalisation spécifiques, le tout cuisiné sur place.

Au sein de la résidence, une déclinaison du menu du jour peut être proposée quotidiennement en Manger-Main en conservant la même composition de repas que celui proposé à tous les résidents de l'EHPAD.

Le plat principal est, par exemple, composé d'un nombre fixe de de bouchées de protéines sous forme de madeleines de viande, de flans de légumes et de muffins de féculents. Les résultats démontrent que la prise alimentaire est plus importante et va au-delà des besoins protéiques et énergétiques en cas de dénutrition. 

Entretien avec Sylviane Paravy, directrice hôtellerie restauration du Réseau OMERIS

Comment envisagez-vous la politique de restauration liée au Grand-âge ?

Procurer du plaisir à table est une de nos priorités. Nous proposons donc avant tout une cuisine « faite maison » avec des repas élaborés sur place chaque jour par des chefs cuisiniers. Une attention particulière est portée à l'éveil et au plaisir des sens des résidents que ce soit au niveau du goût, de la vue, de l'odorat, du toucher ou de l'ouïe.

Le plaisir dans l'assiette passe par un environnement convivial avec un dressage des tables raffiné, une présentation soignée des plats servis à l'assiette, au restaurant, comme en chambre, et un service attentionné par de véritables serveurs formés à l'Institut Paul Bocuse. Le moment du repas doit constituer un instant de plaisir et de convivialité pour nos aînés. Pour ce faire, le Réseau OMERIS a imaginé plusieurs solutions, parmi lesquelles des préparations alimentaires enrichies et le Room-service.

Par quoi passe l'amélioration de la prestation restauration ?

Pour améliorer notre offre, nous avons constitué il y a 3 ans au sein du Réseau OMERIS, un groupe de travail pluridisciplinaire réunissant la direction médicale et vie sociale, des directeurs d'établissement, des médecins coordonnateurs, des cadres de soins, des chefs cuisiniers, des gouvernants et un représentant du service qualité afin de mener le projet restauration-hôtellerie-nutrition du Réseau OMERIS.

L'objectif du projet a été de définir une offre restauration-hôtellerie-nutrition garantissant la prise en compte des attentes et des besoins nutritionnels des résidents pour prévenir le risque de dénutrition, problème majeur de santé publique chez les personnes âgées. Après un état des lieux réalisé par les membres du groupe projet formés à l'audit sur les parties



restauration, hôtellerie et nutrition, nous avons identifié plusieurs axes d'amélioration qui ont guidé notre réflexion.

Aujourd'hui, pour aller plus loin et après une vaste enquête nutritionnelle menée à la résidence du CERCLE, en juin 2017, nous expérimentons une nouvelle offre alimentaire que nous allons étendre à l'ensemble de nos structures.

Cela passe par une réponse individualisée pour chaque profil de mangeur, un langage commun et partagé entre tous concernant le dépistage du risque de dénutrition, la nature des textures (sémantique IDDSI), et par la mise en place, d'une collation nocturne sucrée ou salée sous forme de Room-service.

Ce projet intègre également la lutte contre le gaspillage alimentaire (actuellement 37 % de déchets) puisque nous effectuons chaque mois, une pesée de nos déchets alimentaires avec l'objectif de réduire le volume jeté.

Quels sont les axes de développement prioritaires au sein du Réseau OMERIS ?

La restauration collective représente un défi pour les prestataires et les équipes OMERIS qui travaillent main dans la main avec un but commun : rendre le repas synonyme de plaisir et de convivialité.

Notre priorité est d'avoir une connaissance approfondie des besoins de chaque résident afin de pouvoir apporter des réponses personnalisées et de lutter activement contre la dénutrition.

En terme d'approvisionnement alimentaire, le réseau avance pas à pas, en s'appuyant sur ses équipes et ses partenaires pour arriver au meilleur respect des saisonnalités.

Cela passe par une identification des producteurs locaux, un taux de produits issus de filières courtes (à hauteur de 40%). Enfin, le Réseau OMERIS propose à son personnel des programmes de formation sur la nutrition, afin de le sensibiliser aux principes d'une alimentation saine, durable et équilibrée. 

Bibliothèque



Penser la fin de vie, **de Jacques Ricot**

Pour comprendre tous les enjeux éthiques du débat sur la fin de vie

Dans le débat sur la fin de vie qui anime la société française, le citoyen est sommé d'avoir un avis bien tranché et de dire si, oui ou non, il est favorable à l'euthanasie. Mais sommes-nous bien

« armés » pour penser la fin de vie ? Faisons-nous

la différence entre euthanasie, suicide assisté, laisser mourir ? Connaissons-nous les implications éthiques de la fin de vie, les droits du patient et des familles, et les dispositions légales autour des obligations des médecins et des soins palliatifs ?

En clarifiant, de façon méthodique et pédagogique, les notions fondamentales de finitude, souffrance, dignité et liberté, Jacques Ricot permet à chacun de mieux comprendre tous les enjeux de la fin de vie, qu'ils soient philosophiques, sociétaux ou juridiques. Loin d'être abstraites, ses réflexions s'appuient sur des

analyses fines des différentes affaires médicales qui ont émaillé et alimenté le débat et sur une longue expérience d'accompagnement des soignants et des patients.

Critiquant la tendance contemporaine à réduire la question de la fin de la vie au seul critère de la « liberté » du sujet, il souligne que le débat est bien souvent éloigné de l'expérience quotidienne des soignants et des accompagnants. La question majeure est dès lors de savoir ce que le « soin » veut dire, du double point de vue de la personne qui prend soin et de la personne dont on prend soin.

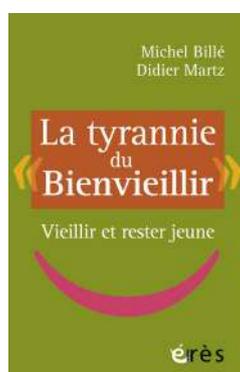
Que signifie « mourir dans la dignité » ? La dignité est-elle affaire de convenance personnelle ? Doit-il y avoir une « exception d'euthanasie » ? Retrouvez l'ouvrage Philosophie et fin de vie de Jacques Ricot ici et complétez votre réflexion sur ce thème si actuel.

352 PAGES, 14 X 21 CM

19 € (Papier), 12.99€ (ebook)

Edition Presse EHESP

Collection Controverse



La tyrannie du Bienveillir, **Vieillir et rester jeune**

de Michel BILLE et Didier MARTZ

La notion du « Bienveillir » désigne tout à la fois des pratiques de soin et des manières de conduire sa vie, notamment au plan de la santé. Elle est un label pour les produits cosmétiques et diététiques,

pour des produits immobiliers, des spéculations boursières, ou encore pour des villes qui s'engagent en faveur de leurs aînés... Une interrogation accompagne ce mouvement : n'avons-nous le droit de vieillir qu'à la condition de rester jeune ?

L'idéologie du « Bienveillir » qui nourrit le marché de la silver économie et du transhumanisme vient manipuler nos esprits pour nous faire accepter une normalisation de nos comportements au moment de l'avancée en âge.

Les auteurs s'attachent à déconstruire ce nouvel asservissement quasi volontaire qui cherche à masquer la fragilité et la finitude humaine tout en servant les ambitions du capitalisme. Ils nous alertent sur son influence dans la détérioration de la qualité de vie d'une grande partie des vieux et des vieilles, considérés comme une charge, et des conditions de travail des professionnels qui ont la responsabilité de les soigner et de les aider.

264 PAGES, 11 X 17

14€ (Papier)

Edition ERES

Collection "L'âge et la vie"

met l'accent sur l'utilité
d'adopter la Préparation

des Doses à Administrer robotisée pour
les établissements de santé (EHPAD...)



*L'infirmière scanne chaque sachet distribué.
Les informations sont enregistrées dans le
dossier de soins et transmises au médecin
coordinateur, au pharmacien...*

Le circuit sécurisé du médicament exige une maîtrise des coûts :

- La qualité dans la préparation des traitements (moins d'erreurs médicamenteuses)
- Une grande sécurité et un contrôle total à chaque étape du circuit du médicament
- Une traçabilité rigoureuse qui permet aux professionnels de santé (médecin, pharmacien, I.D.E.) - Une adaptabilité personnalisée du traitement pour chaque patient.

**ROBOTIK TECHNOLOGY, Leader de la P.D.A robotisée,
apporte confort et sérénité au personnel de santé pour
une grande sécurité.**



Mini-FSP



ROBOTIK 88 K7



ROBOTIK 207 K7



ROBOTIK 405 K7

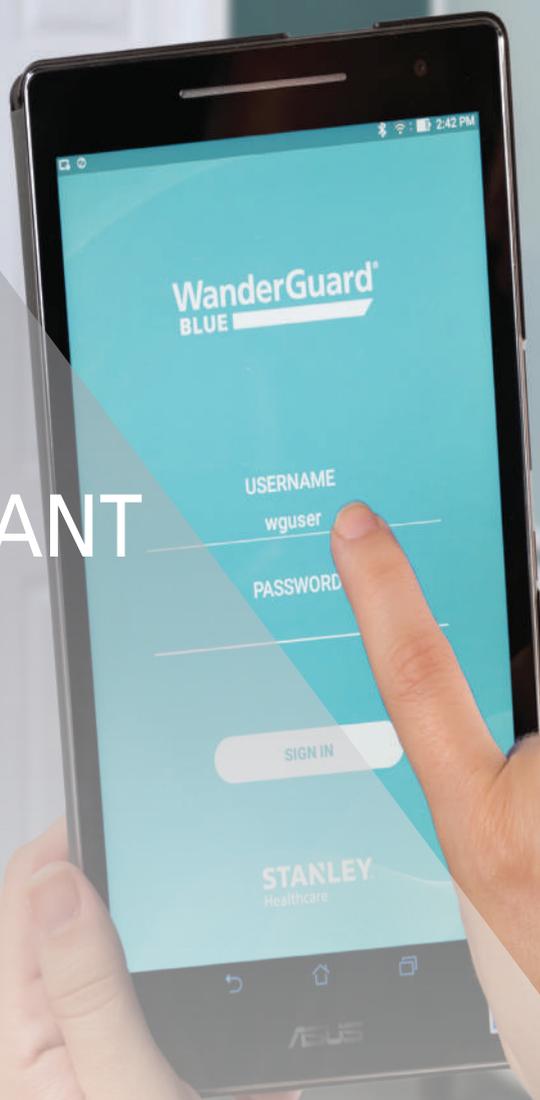


ROBOTIK 500 K7

Les premiers modèles de robot peuvent être proposés à la location afin que la P.D.A. soit accessible à toutes les officines

WanderGuard[®]
BLUE

GESTION DES FUGUES ELEGANT SIMPLE ET ABORDABLE



AVEC PLUS DE 30 ANS D'EXPERIENCE EN GESTION DES FUGUES ET DE L'ERRANCE, STANLEY HEALTHCARE A CONSTRUIT UNE SOLUTION CONÇUE POUR FAVORISER LE VIVRE ENSEMBLE ET L'INDEPENDANCE DES SENIORS.

STANLEY Healthcare apporte continuellement de nouvelles solutions technologiques sur le marché du médical et du long séjour. Contactez notre équipe commerciale française sur shs-france@sbdinc.com / +33 426190235. Ou visitez notre site internet stanleyhealthcare.com/fr